Збигнев Старович

СУДЕБНАЯ СЕКСОЛОГИЯ

Пер. с польск. — М.: Юридическая литература., 1991.
Рецензенты и переводчики: Д. К. Лунин и канд. мед. наук В. П. Ольховик
ISBN 5-7260-0407-8

I
Сексуальная патология

В этой части книги на основе новейших данных с разных точек зрения рассматриваются сексуальные нарушения, более подробный анализ которых дан в фундаментальных монографиях и руководствах по сексологии [26, 144, 366, 367, 377, 378, 380 и др.].

Само понятие “сексуальные нарушения” (или “сексуальные расстройства”) недостаточно конкретно и в общих чертах обозначает наличие каких-либо отклонений от так называемой “сексуальной нормы”. Понятие “сексуальные нарушения” — собирательное и охватывает весьма различные формы сексуального поведения и разнообразные виды сексуальной патологии — от пограничного с нормальным и преходящих расстройств сексуальных функций до стойких сексуальных перверсий и тяжелой сексуальной патологии на органическом фоне. При этом надо учитывать, что в сексологии сами критерии нормы и патологии крайне противоречивы. Следует признать, что к сексуальной патологии безусловно относятся такие сексуальные потребности и отношения, а также такое сексуальное поведение, которые затрудняет сексуальное партнерство (как выбор сексуального партнера, так и совместную с ним половую жизнь), или приспособление сексуальных предпочтений индивида к морально-культурным нормам поведения и (или) к правовой системе данного общества.

Ограниченный объем книги не позволяет подробно останавливаться на освещении вопросов нормы и патологии в сексологии, тем более что они детально рассмотрены в широко известных работах, полностью или в значительной мере посвященных этой проблематике [104,144, 371, 377].

Глава I
Классификация сексуальных расстройств

В литературе приводятся разнообразные классификации сексуальных нарушений. Более подробно этот вопрос был рассмотрен ранее в одной из работ (Starowicz, 1985).

Godlewski [104] подразделяет сексуальные нарушения на следующие группы: количественные нарушения сексуальных потребностей, качественные нарушения сексуальных потребностей, нарушения комплекса сексуальной готовности, нарушения оргазма, нарушения сексуальной удовлетворенности.

В 1980 году Американское общество психиатров разработало получившую широкое распространение классификацию сексуальных нарушений, известную как DSM-III [8] и которая разделяет сексуальные расстройства на: нарушения сексуальной идентификации (аутоидентификации), сексуальные дисфункции, сексуальные парафилии, другие психосексуальпые расстройства.

Оригинальную классификацию сексуальных расстройств предложил Имелинский [144]. Он различает индивидуальные сексуальные дисфункции, сексуальные дисфункции в партнерской паре, сексуальные девиации и симптоматические сексуальные дисфункции и девиации.

Широко используемая врачами всего мира (в том числе и психиатрами) Международная классификация болезней объединяет все сексуальные расстройства в один небольшой раздел, вне зависимости от их этиологии и патогенеза [224].

Естественно, что в сексологических целях эта классификация неприемлема.

Кроме трудностей в определении критериев нормы и патологии в создании классификации сексуальных расстройств наличествует проблема разработки международной адекватной сексологической терминологии. Существующие сексологические термины зачастую неконкретны и малоспецифичны так же, как и общепризнанные и широко употребляемые сексологами понятия. Например, под понятием “нарушение эрекции” подразумеваются различные по этиологии и патогенезу страдания — это может быть и эпизодическая реакция у вполне потентного мужчины (например, временно возникающая при налаживании сексуального контакта с новой или первой в жизни сексуальной партнершей). Это может быть и нарушение, обусловленное не сексуальными причинами, а длительным хроническим заболеванием внутренних органов (к примеру, сахарным диабетом) или многолетним, не имеющим прямого отношения к сексуальной сфере, психоневрологическим расстройством (депрессивным состоянием, страхом, нарушениями сна) и т.д., и т.п. То же самое можно сказать и о других видах сексуальных расстройств, именуемых сексуальными дисфункциями.

С нашей точки зрения классификация сексуальных расстройств должна учитывать три классификационных категории — симптома, нервной реакции и синдрома. Симптом (признак) представляет собой отклонение от нормального течения сексуальной функции или сексуальной деятельности. Он может быть результатом как функциональных, так и органических (соматических) расстройств или расстройств психической деятельности. В свою очередь названные расстройства могут быть следствием различных причин (в том числе последствием употребления лекарственных и токсических препаратов). Нервная реакция — это преходящее, чаще ситуационно обусловленное, расстройство сексуальной способности либо сексуальных переживаний, характеризующееся кратковременным течением. Оно связано со стрессовой ситуацией или попыткой осуществления сексуальных действий в условиях, затрудняющих или исключающих их нормальное течение. Нервная реакция довольно типична для следующих ситуаций: попытка полового акта после длительного сексуального воздержания; попытка полового акта с новой сексуальной партнершей (с сексуальной точки зрения чаще всего вызывающей чувство опасности); стремление продемонстрировать партнерше свою “сексуальную силу”. Факторами, препятствующими нормальному осуществлению сексуальных действий, могут быть и недостаточно интимная обстановка, сексуально или эмоционально непривычное поведение партнерши и т.п. Синдром (комплекс) — это длительное сексуальное нарушение, нарастающее во времени и состоящее из постоянных (как типичных, так и сопутствующих) симптомов. Например, симптом неполной эрекции сосуществует с другими симптомами, обусловленными этим явлением, выражающимися в психических расстройствах у мужчины, переживающего свою неудачу в сексуальной жизни. Каждое сексуальное расстройство может выступать в роли симптома, нервной реакции или синдрома.

Руководствуясь изложенными принципами и обобщив собственный клинический опыт, мы разработали и применяем следующую классификацию сексуальных нарушений:

1. Расстройства сексуальных потребностей:

А. Нарушения либидо:

гиполибидомия

гиперлибидомия[*В отечественной сексологии для обозначения этих расстройств чаще употребляются определения “гипосексуальность” и “гиперсексуальность”].

Б. Препятствия в реализации сексуальных потребностей:

сексуальные комплексы

партнерские сексуальные проблемы

патологическая ревность

синдром провоцируемой измены

сексуальные состояния страха

сексуальные фобии

острые сексуальные состояния страха

культурно обусловленные сексуальные состояния страха
синдром околосонных сексуальных иллюзий
синдром Кехрера.
В. Преддисфункциональный синдром

2. Нарушения течения сексуальной жизни:
А. У мужчин:
нарушения эрекции
неполная эрекция
отсутствие эрекции
нарушения эякуляции
чересчур преждевременная эякуляция
преждевременная эякуляция
слишком ранняя эякуляция
задержка эякуляции
отсутствие эякуляции
сперматорея
болезненная эякуляция
эякуляция без оргазма
эякуляторный рефлекс (“эякуляция без эякуляции”).
Б. У женщин:
нарушение комплекса сексуальной готовности
вагинизм
фригидность.
В. У мужчин и женщин:
комплекс сексуальной неприспособленности
непорочное супружество (виргогамия)
сексуальная аверсия
диспареуния
сексуальная анестезия

3. Нарушения оргазма:
А. Синдром мнимой аноргазмии
Б. Аноргазмия
В. Диссоциация оргазма
Г. Оргазм без эрекции

4. Нетипичные сексуальные отклонения:
А. Патологический аутоэротизм:
ананкастный аутоэротизм
синдром Хевлок-Эллиса
стойкий заместительный аутоэротизм
синдром сексуальной асфиксии
Б. Орализм[*Термин приведен в оригинальной транскрипции.]
В. Анализм[*То же.]
Г. Гомосексуализм
Д. Бисексуализм
Е. Инцест
Ж. Сексуальное насилие
З. Проституция

5. Нарушения половой аутоидентификации:
А. Транссексуализм
Б. Синдром неразличения сексуального объекта

6. Девиантные тенденции

7. Сексуальные девиации:
А. По объекту сексуального влечения:
фетишизм
пигмалионизм
нарциссизм
аутомоносексуализм
апотемнофилия
гетерохромофилия
ретифизм
экскрементофилия
некрофилия
трансвестизм
цисвестизм
гомесвестизм
педофилия
геронтофилия
зоофилия
Б. По способу реализации сексуальных потребностей
садизм
вампиризм
флагелляция
салиромания
мазохизм
танатофилия
эксгибиционизм
кандаулезизм
фроттаж
вуайеризм
апотемнофилия
клизмофилия
В. Сложные сексуальные девиации.

В случаях сексуальных девиаций мы чаще имеем дело с симптомом (например, психического заболевания) или с синдромом. Сексуальная девиация может быть проявлением и нервной реакции, вызванной, например, определенной позой сексуального партнера в процессе совершения полового акта.

Приведенная классификация, впрочем, как и подавляющее большинство других классификаций, не отображает фон, на котором произошло развитие данного расстройства (функциональный или органический). Его определение порой представляет значительные трудности, но установление имеет существенное значение как в клинической, так и в экспертной сексологической практике.

Глава II
Эпидемиология сексуальных расстройств

Установить истинную распространенность сексуальных расстройств нелегко. С одной стороны, это связано с вышеупомянутой терминологической путаницей, а с другой — обусловлено значительными расхождениями в приводимых разными исследователями статистических данных. Но основной причиной такого положения выступает малочисленность действительно репрезентативных обследований человеческой популяции.

Многие исследователи указывают на значительную распространенность сексуальных расстройств. Так, Ihsan A1-Isaa [137] считает, что 60% женщин и около 40% мужчин имеют те или иные проблемы в половой жизни. По другим данным, только

функциональные сексуальные расстройства (известные ранее под названием “половой невроз”) встречаются у 20—75% женщин [86, 277, 334] и у 7—59% мужчин [281, 334]. Интересно, что выявляемость сексуальной патологии у пациентов зависит и от специальности обследующих врачей. Так, в США терапевты отмечают сексуальные расстройства у своих больных в 15% случаев, гинекологи — в 14%, а психиатры — в 77% случаев, причем сексуальные расстройства, имеющие функциональную основу, составляют 60—80% от числа всех выявленных расстройств, а обусловленные органическим фоном, — около 15-30% [234] [*Интересные данные по этому поводу опубликованы Г. С. Васильченко [377, с. 250-252]].

Следует отметить, что при изучении распространенности сексуальной патологии необходимо учитывать не только нозологический профиль сексуальных расстройств, но и причины, их обусловливающие. Так, сексуальные расстройства отмечаются у 55% алкоголиков и 85% наркоманов [300], 30—48% пациентов с заболеваниями органов кровообращения, примерно у 70% лиц, страдающих неврологической патологией, у 15—90% пациентов с заболеваниями органов мочевой системы, у 40—60% больных сахарным диабетом и у 10—80% больных другими гормональными болезнями. Если этот перечень дополнить сексуальными расстройствами, временно возникающими в процессе различных заболеваний при побочном действии лекарств или развивающихся в состоянии переутомления и перенапряжения и т.д., то окажется, что большая часть популяции на протяжении жизни испытывает на себе те или иные сексуальные проблемы. Кроме того, примерно 1—7% человеческой популяции представлены гомосексуалистами, 1% — бисексуалистами, а еще около 1% — лицами, страдающими сексуальными девиациями.

Глава III
Причины возникновения сексуальных нарушений

Долгое время в западной медицине господствовало мнение о том, что почти в 90% случаев такие сексуальные расстройства, как нарушения либидо, течение половой жизни, сексуальных потребностей и оргазма, обусловлены функциональными нервными расстройствами. В первую очередь этот взгляд был обоснован данными психоанализа, объяснявшего причины развития психических и сексуальных расстройств подсознательными механизмами. По мере развития сексологии и пограничных ей дисциплин, благодаря совершенствованию знаний об этиопатогенезе различных заболеваний и методов диагностики (особенно методов лабораторной и аппаратной диагностики), было установлено, что многие сексуальные нарушения, считавшиеся ранее функциональными, на самом деле имеют органическую природу. В результате вышеотмеченное утверждение о необычайной распространенности функциональных расстройств оказалось под сомнением. Видимо, в дальнейшем будет происходить уменьшение количества сексуальных расстройств, происхождение которых связывается с функциональными нарушениями. Тем не менее большинство сексологов считают, что функциональными причинами обусловлено не менее 60—70% всех сексуальных нарушений.

Увеличение количества сексуальной патологии, имеющей органическую основу, в определенной мере объясняется широким распространением в популяции таких соматических страданий, как болезни сердечно-сосудистой системы, онкологические заболевания и посттравматическиё состояния. При этом играет роль не только значительная распространенность такой патологии, но и существенное увеличение продолжительности жизни страдающих ею людей, что, как и выживаемость лиц с различными врожденными пороками развития, является итогом достижений современной клинической медицины. В результате — в популяции имеется большой процент лиц, страдающих органической патологией, и, как следствие, — лиц, страдающих сексуальными расстройствами, обусловленными этой патологией.

Следует отметить, что сексуальные нарушения могут иметь и полифункциональный характер. В значительной мере этим объясняются трудности в дифференциации

функциональных и органических причин возникновения сексуальной патологии [144].

Несомненно, отмечаемый во всем мире рост употребления лекарств, алкоголя, наркотиков, а также широкое распространение курения табака оказывают негативное влияние на сексуальную сферу и способствуют повышению распространенности сексуальных расстройств в популяции.

А. БИОЛОГИЧЕСКИЕ

Влияние биологических факторов на сексуальную деятельность весьма широко и разнообразно. К этим факторам можно отнести:

биологическую среду обитания (факторы биосферы): шум, загрязнения, излучения и т.д.;

негативные факторы внутриутробного развития: курение и употребление будущей матерью алкоголя, наркотиков, лекарств, недостаточность и нерациональность ее диеты, а также факторы, провоцирующие врожденную патологию;

образ жизни: утомление, перенапряжение, стрессы, неправильное питание, вредные привычки;

перенесенные заболевания, травмы и хирургические вмешательства;

общее состояние здоровья: слишком низкое артериальное давление, нарушение функций различных органов, неустойчивость и разрегулированность нервной системы (особенно вегетативной);

хромосомные и генетические нарушения.

В большинстве своем эти факторы действуют на подпороговом уровне и их вначале незаметное влияние со временем постепенно нарастает. А такие, как алкоголизм, наркомания, оказывают более отчетливое воздействие на сексуальные функции. Неодинаковой может быть и длительность — одни из них оказывают хроническое воздействие (например, врожденная патология), а другие — временное, преходящее (например, только в период течения какого-либо острого заболевания или в период употребления того или иного лекарства).

В последнее время во многих исследованиях подчеркивается отрицательное влияние на сексуальную сферу алкоголизма, наркомании, курения, употребления гормональных и других лекарственных средств, заболеваний сердечно-сосудистой системы, нервной системы, посттравматических состояний. Биологические факторы могут оказывать воздействие на различные участки половой системы — рецепторную сферу (например, ослабление чувствительности при некоторых неврологических заболеваниях), рефлекторную составляющую (например, при повреждении нервных центров эрекции и эякуляции или проводящих нервных путей) и т.д. Механизм развития сексуальных нарушений под влиянием биологических факторов, благодаря исследованиям в области сексуальной физиологии, известен лучше, чем механизмы; обусловленные воздействием факторов иной природы.

Kaplan [158] считает, что сексуальные нарушения, обусловленные влиянием даже биологических факторов (в том числе возникающие и вследствие соматических заболеваний), тем не менее одновременно связаны и с воздействием психических факторов. Так, например, больные с коронарной недостаточностью, перенесшие инфаркт миокарда, или больные, перенесшие мозговой инсульт, боятся смерти, опасаются появления сексуальных затруднений, что в свою очередь способствует возникновению сексуальных расстройств, в частности — снижению сексуальных потребностей.

Jehu [152] считает, что некоторые медицинские манипуляции вызывают явно негативные последствия. Он отмечает, что почти у половины мужчин, перенесших трансплантацию почки, выявляются сексуальные расстройства. После применения гемодиализа сексуальные нарушения отмечаются у 35% мужчин и 24% женщин.

Kolodny, Masters и Johnson [172] подробно описывают сексуальную патологию, развивающуюся на фоне органических заболеваний. По их данным, сексуальные расстройства отмечаются: у 60% больных сахарным диабетом, 80% мужчин, страдающих гипофункцией щитовидной железы, и у 40% мужчин с ее гиперфункцией, 60% больных с гипогликемией, 50% мужчин, перенесших инфаркт миокарда, 17%

мужчин, страдающих гипоспадией, и почти у 50% больных рассеянным склерозом.

Boller [29] описывает механизмы развития сексуальной патологии при заболеваниях нервной системы. Кроме того, в его монографии подробно освещены побочные влияния, оказываемые на сексуальные функции психотропными препаратами. При этом отмечается, что широко применяемый во многих странах нейролептик тиоридазин оказывает особенно пагубное влияние на способность возникновения эрекции полового члена.

Sjogren [283] утверждает, что после перенесенного сотрясения головного мозга сексуальные расстройства появляются у 75% женщин и у 64% мужчин. Это явление обусловлено как возникающими при травме микроповреждениями гипофиза, эпифиза и гипоталамуса, так и побочным действием применяемых при лечении гипотензивных лекарственных средств.

Beaumont [19] приводит данные, по которым у 44% женщин, перенесших инфаркт миокарда, появляются сексуальные расстройства, а 57% отмечают появление неприятных ощущений в процессе половой жизни.

Возникновение сексуальных нарушений у онкологических больных может быть обусловлено следующими причинами: применение сильнодействующих противоопухолевых лекарств, использование лучевой терапии, обширные оперативные вмешательства, локализация опухоли, эстетический дискомфорт из-за изменений внешности, послеоперационные депрессии, боязнь смерти [50].

Во многих работах обсуждается вопрос о влиянии противозачаточных средств и мероприятий на развитие сексуальных нарушений [124, 165, 238, 292]. Высказываются мнения о том, что мужской презерватив может уменьшать специфические ощущения с головки полового члена, внутриматочная спираль у некоторых женщин препятствует получению оргазмических ощущений, гормональные противозачаточные таблетки у одних женщин уменьшают, а у других, наоборот, усиливают сексуальную потребность, прерванные половые сношения ведут к возникновению расстройств эякуляции, а биологическое предохранение от беременности путем исключения половых сношений в определенные дни менструального цикла приводит к расстройству сексуальной удовлетворенности у женщин, испытывающих наибольшую сексуальную потребность именно в дни овуляции.

Не безразлична для сексуальной сферы и операция искусственного прерывания беременности, которая у части женщин вызывает диспареунию, сексуальную аверсию или половую холодность [301]. Причиной возникновения этих расстройств могут быть как биологические последствия самой операции, так и связанные с прерыванием беременности психические факторы.

При развитии зависимости от алкоголя сексуальные нарушения проявляются примерно у 50% алкоголиков и связаны с расстройствами нейрогуморальной системы, нервной системы, болезненными изменениями печени, авитаминозами, нарушениями обмена микроэлементов [172, 198, 300, 376]. Сексуальные нарушения отмечаются примерно у 85% наркоманов [300]. Причина их — в нарушении выработки в организме эндоморфинов, тестостерона. Часто у наркоманов отмечается и мужское бесплодие, обусловленное олигоспермией. Взаимозависимость между алкоголизмом и наркоманией, с одной стороны, и сексуальными расстройствами — с другой, обусловливается не только чисто биологическими, но и следующими факторами:

возникшие сексуальные расстройства, затруднения в сексуальной жизни подталкивают алкоголиков и наркоманов к бегству от сексуальных проблем в алкогольное или наркотическое опьянение и провоцируют таким образом дальнейшее потребление алкоголя и наркотиков;

наркомания и алкоголизм приводят к патологии сексуального партнерства, которая в свою очередь способствует развитию и закреплению индивидуальных сексуальных дисфункций и по принципу порочного круга может провоцировать дальнейшую алкоголизацию и наркотизацию;

развивающаяся со временем алкогольная или наркотическая деградация личности благоприятствует возникновению, развитию и последующему закреплению сексуальных девиации и нередко приводит к совершению сексуальных преступлений; имевшиеся

ранее сексуальные девиации при алкоголизме и наркомании приобретают стойкий характер и трудно поддаются медицинской коррекции;

появление сексуальных проблем может послужить толчком к поиску сексуального допинга, дающего более сильные сексуальные переживания (например, орализм, анализм, групповой секс, сексуальные девиации — чаще гомосексуализм и педофилия);

происходящие под воздействием алкоголя и наркотиков ослабление самоконтроля и возбуждение подкорковых структур мозга могут приводить к повышенной эротичности и к стремлению получения сексуального удовлетворения любым путем.

У многих мужчин-алкоголиков имеются проблемы с мужской половой ролью (идентичность) [85, 352, 107]. Многие авторы указывают на связь между алкоголизмом и импотенцией. Forrest [85] приводит подробный анализ литературы на эту тему. Рассматривая вопрос о расстройствах эрекции и эякуляции у алкоголиков, он выделяет два типа их нарушений, отмечаемых в зависимости от возраста больных:

тип А — наблюдается у молодых мужчин и заключается в слишком раннем наступлении семяизвержения при наличии полной эрекции полового члена;

тип Б — встречается у пожилых мужчин и заключается в слишком быстром наступлении семяизвержения, происходящем при неполной эрекции полового члена.

Запаздывание или отсутствие семяизвержения у алкоголиков связывается с токсическим повреждением центра эякуляции в спинном мозге, патологией печени, атрофией подкорковых ядер головного мозга, нарушением реакций возбуждения, другими алкогольными повреждениями центральной нервной системы [4, 85, 320, 336].

Не менее существенное влияние оказывает алкоголь и на специфические функции женского организма. Употребляющие алкоголь женщины имеют проблемы со своей женственностью и привлекательностью [338]. Среди пьющих более распространены гинекологические заболевания, у них чаще встречается патология развития плода (фетальный алкогольный синдром) и, как следствие, — дети этих женщин чаще страдают умственной отсталостью и врожденными пороками развития [220]. Вполне объяснимо и то, что пьющие женщины чаще болеют венерическими заболеваниями [168].

Wilson и Lawson [340] при производстве обследования женщин методом вагиноплетизмографии на фоне фотостимуляции выявили, что у женщин-алкоголиков имеется разница во времени между возникновением психического полового возбуждения и его физиологическим эквивалентом — увлажнением влагалища (любрикацией). Хронический алкоголизм у многих женщин приводит к развитию вторичной половой холодности [85, 341,353]. В тоже время многие страдающие первичной половой холодностью пытаются с помощью алкоголя стимулировать развитие полового возбуждения. Поэтому нередко женщины, склонные в состоянии алкогольного опьянения к промискуитету, на самом деле страдают половой холодностью [339]. Среди употребляющих алкоголь примерно 15% никогда не испытывали оргазма, а в процессе развития алкоголизма 70—80% женщин утрачивают способность к его переживанию [341].

Зависимость от алкоголя — одна из причин возникновения вагинизма, причем пораженность этой патологией женщин, страдающих алкоголизмом, может носить буквально повальный характер [341, 353]. Вагинизм у этой категории женщин носит вторичный характер и обусловлен диспареунией и реакцией страха на решение сексуальных проблем [85].

Б. ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ВОЗРАСТОМ

Наблюдается определенная корреляция между возрастом субъекта и видом имеющихся у него сексуальных нарушений. Так, у молодых мужчин в возрасте до 25 лет обычно преобладают функциональные сексуальные расстройства в виде преждевременного или слишком раннего семяизвержения, а у мужчин в возрасте 25—35 лет — функциональные расстройства эрекции (но уже и в этом возрасте происходит увеличение доли органически обусловленных сексуальных расстройств на фоне алкоголизации, курения и неправильного образа жизни). У мужчин в возрасте старше 35

лет обычно доминируют нарушения эрекции (чаще — на фоне органической патологии) и снижение либидо.

Сексуальные расстройства у молодых женщин развиваются преимущественно по типу функциональных и чаще проявляются в нарушении комплекса сексуальной готовности, первичной аноргазмии и вагинизма. У женщин 40—45 лет начинают преобладать такие расстройства, как вторичная аноргазмия, диспареуния и последствия сексуальной неудовлетворенности (психосоматические заболевания, атипичные тазовые боли, синдром Кехрера). После 45 лет у женщин появляются сексуальные расстройства, обусловленные фазой биологического увядания, а также психическими возрастными реакциями. Следует отметить, что такое сексуальное расстройство, как половая холодность, имеет у женщин примерно одинаковое распространение во всех возрастных группах.

С увеличением возраста на первый план все чаще начинают выступать девиации, возникающие на психопатологической основе.

Взаимосвязь между возрастом и сексуальностью очень сложна и многолика. Она обусловлена целым комплексом биологических, психических и социальных факторов и в каждом возрастном периоде характеризуется определенными болезнями, партнерскими конфликтами и т.д. Нет ничего удивительного в том, что в той или иной мере все это отражается и на сексуальной жизни.

У мужчин с возрастом снижаются уровень либидо, частота сношений, скорость развития эрекции, сексуальная предприимчивость, сексуальный интерес к привычной партнерше. В возрасте 50—60 лет средняя частота сношений обычно составляет 1—2 половых акта в неделю [330]. При изучении гомосексуальной активности мужчин в возрасте старше 50 лет установлено, что около половины гомосексуалистов этого возраста отмечают успешность половой жизни [161].

Примерно 25% лиц обоего пола в возрасте старше 50 лет практикуют мастурбацию, которая имеет заместительный характер [47]. Стареющие мужчины (по сравнению со стареющими женщинами) в межличностных отношениях становятся более эмоциональными, в то время как женщины в возрасте старше 40 лет становятся энергичнее и агрессивнее, а в межличностных отношениях у них начинают преобладать оценочные позиции [197].

Периоду биологического отцветания приписываются существенные изменения в сексуальной жизни, хотя с научной точки зрения этот период жизни является далеко еще не прочитанной книгой. Так, большинство исследователей полагают, что почти у всех женщин в это время появляются те или иные сексуальные расстройства. Однако Krai [177] сообщает, что около 60% женщин в этом возрасте не имеют никаких сексуальных проблем.

У мужчин этот период характеризуется развитием определенного синдрома, обусловленного комплексом биологических, психических и сексуальных факторов [111, 122]. При этом происходит постепенное снижение уровня тестостерона в организме, что в свою очередь приводит к снижению либидо и сексуальной потенции. На фоне характерной для этого возраста патологии предстательной железы часто появляются сексуальные расстройства, хотя данный синдром развивается и не у всех пожилых мужчин [150].

Отмечается, что в мужской популяции “за 50” наиболее частыми причинами сексуальных нарушений являются: негативное действие лекарств, сахарный диабет, патология предстательной железы, возрастные изменения позвоночника, последствия мозгового инсульта и инфаркта миокарда, дегенеративные изменения периферических нервов, другие длительно текущие хронические заболевания и последствия хирургических вмешательств. На этом органическом фоне сексуальные нарушения появляются почти у каждого десятого мужчины. В женской популяции того же возраста среди сексуальных расстройств наиболее часто отмечается появление диспареунии и уменьшение лубрикации за счет возрастных изменений половых органов. Сексуальные расстройства у пожилых женщин могут быть обусловлены и возрастными сосудистыми изменениями в зоне клитора. У обоих полов сексуальные расстройства в пожилом возрасте нередко связаны с проявлением маскированной депрессии [74].

Сопоставление результатов сексологических исследований прошлых лет с современными данными убедительно показывает, что у нынешнего старшего поколения имеется явное изменение сексуальной активности и сексуальных потребностей по сравнению со старшим поколением предшествующих генераций. Так, современное старшее поколение характеризуется более высокой средней сексуальной активностью и большим процентом пожилых лиц, имеющих успешную сексуальную жизнь. Это обусловлено общим улучшением условий жизни, медицинскими достижениями и более высокой значимостью секса в современной культуре [306, 377].

В. ПСИХИЧЕСКИЕ

Этой теме посвящено большое количество специальных исследований, при анализе результатов которых можно выделить ряд важных психических факторов.

1. Семейные факторы:

отсутствие надлежащего воспитания или неправильное воспитание в семье;
последствия неудачного брака родителей;
потеря одного или обоих родителей в возрасте до 6 лет;
доминирование в семье матери или авторитаризм и деспотизм отца;
ранние детские конфликты и чувственные фрустрации.

2. Личностные факторы:

низкая самооценка, сексуальная заторможенность и подавленность;
невротическая личность, психопатическая личность;
психическая закомплексованность;
нарушения сексуальной аутоидентификации;
профессиональные фрустрации у мужчин;
психопатология.

3. Нарушения психосексуального развития:

репрессивная сексуальная мораль в семье;
психосексуальная травма (изнасилование, инцест);
онанистический комплекс;
слишком ранняя или запоздалая сексуальная инициация;
гомосексуальная или девиантная инициация, гомосексуальные или девиантные тенденции;
скрытые инцестофильные тенденции, комплексы Эдипа и Электры;
отверженность средой сверстников;
примитивные и вульгаризованные сексуальные представления;
патологическая сексуальная инициация (например, при групповом сексе).

4. Фобические факторы.

В комплексе разнообразных психических причин возникновения сексуальных расстройств весьма важное место занимают различные проявления страха. Они могут иметь форму разнообразных сексуальных фобий (страха) перед сексуальной инициацией, дефлорацией, супружеской жизнью, коитусом, глобальной боязни сексуальной неудачи, боязни сексуальной неудачи с конкретным партнером или в конкретной обстановке, боязни повторения сексуальной неудачи либо возникновения или повторения физических затруднений при проведении полового акта, онанофобия и т.п. Они могут носить и интрапсихический характер, но при этом проявляться или усиливаться на фоне закомплексованности личности, наличия искаженных представлений о сексуальной жизни, нарушений сексуальной аутоидентификации и т.д.

Один из частых видов сексуальной фобии — так называемая предупреждающая боязнь сексуальной неудачи, возникающая у лиц, не имевших сексуальных проблем, но постоянно ожидающих их появления. Здесь особенным видом выступает страх сексуального успеха, приводящий к расстройству до сих пор успешной половой жизни [158, 179]. Этот вид сексуальной фобии может затрагивать не всю половую жизнь в целом, а лишь какую-то узкую сферу сексуальных отношений. При этом у больного возникает уверенность в том, что имеющееся до настоящего времени “счастье” не может

длиться вечно и появляется навязчивое ожидание его “неизбежного конца”.

Страх сексуального успеха может быть обусловлен и переносом на сексуальную сферу страхов из других сфер человеческой жизни. Так, например, достигнутые неправедными (как правило) путями успехи в профессиональной деятельности, материальном положении могут вызывать стойкую фиксацию на чувстве собственной вины перед обществом или конкретным лицом. Развившаяся при этом боязнь собственных успехов нередко переносится и на сексуальную жизнь.

Фобия сексуального успеха часто развивается у лиц с выраженными пессимистическими чертами характера, которые являются в свою очередь следствием неправильного воспитания. У этих лиц нет веры даже в возможность достижения успеха, а если успех и был достигнут, — возникает новая боязнь: “если уж что-то произошло (или произойдет), то ничего хорошего от этого не жди”.

Сексуальные страхи — одна из частых причин возникновения распространенных форм сексуальных расстройств, а нередко именно они приводят к появлению нетипичного сексуального поведения (например, боязнь или опыт неудачи при общении с противоположным полом может спровоцировать гомосексуальное поведение, а иногда — появление потребности в смене собственного пола), девиантного сексуального поведения, сексуальных преступлений. Распространение фобических факторов как причины возникновения сексуальных нарушений и сексуальной преступности естественно находит свое отражение и в повышенном интересе сексологов к изучению сексуальных фобий, Этой проблематике посвящено около 4000 научных работ, в которых изложены разнообразные теории и гипотезы происхождения сексуальных фобий и их влияний на сексуальность человека. Например, Freud (1966) определяет фобию как появление неприятного самочувствия, возникающего как ощущения идущей извне угрозы, приводящей в действие защитные механизмы психики индивида. По мнению Horney [131], в основе развития фобий лежит низкий уровень потребности доминирования над своим окружением. Он различает первичные (возникающие на фоне боязни перед внешним миром, средой, окружением) и вторичные (возникающие как защитные реакции с целью уменьшения первичной) фобии. McReynolds [219] также делит фобии по происхождению на первичные и вторичные, причем к последним относит только те, в генезе которых можно выявить какие-либо обусловливающие их факторы. Dollard и Miller [63] считают, что возникновение страхов — это проявление процесса научения. Другие исследователи выстраивают целый континуум развития реакций страха: бдительность — боязнь — испуг — страх — паника [67,226].

Нейрофизиологи связывают чувство боязни, страха с определенным морфологическим субстратом в центральной нервной системе, например, со зрительным бугром. В последнее время подчеркивается роль медиаторов нервной системы (серотонин, ГАМК) в высвобождении боязни и страха [256]. Существует мнение, что чувство страха высвобождается под влиянием активно действующей субъективной или объективной, внутренней или внешней угрозы возникновения ситуации, которая уже имелась в прошлом или может возникнуть в будущем. При этом симптомы страха могут проявляться в трех сферах — в психической, поведенческой и соматической, а само его проявление может быть как нормальным, так и патологическим явлением [346].

Kepinski [164] в монографии, посвященной страху, всесторонне обсуждает причины его возникновения и методы лечения различных его проявлений. Он выделяет нервные, депрессивные, шизофренические, психоорганические, олигофренические, фантазийные и биологические факторы возникновения реакций страха.

Вышесказанное убедительно свидетельствует о том, что и в клинической, и в судебной сексологии проблеме страха будет уделяться все большее внимание и результаты исследования этого явления, несомненно, должны учитываться в заключении эксперта-сексолога.

Важную роль в комплексе психических факторов, способствующих развитию сексуальных нарушений, играют и межличностные (межпартнерские) отношения. На нормальное проявление сексуальных реакций и формирование сексуальных потребностей огромное влияние оказывают самые различные варианты межпартнерских связей (чувственные, характерологические, материальные, интеллектуальные, семейные,

родительские, товарищеские, межличностные коммуникационные), формирующихся на разных уровнях — подсознательном, сознательном, интуитивном.

Kohler [170] считает: в значительной степени на партнерские взаимоотношения и возникновение семейных конфликтов оказывает влияние происходящая в современном обществе профессиональная активизация женщин. De Lora [59] отмечает, что несовпадение ожидаемого сценария супружеской жизни и критериев идеала партнера с реальной действительностью не только приводит к возникновению конфликтов между партнерами, но и негативно сказывается на получении сексуального удовлетворения, а все в совокупности — на устойчивости партнерской сексуальной связи. В результате обследования 3500 состоящих в браке лиц [276] и изучения их сексуальных и супружеских взаимоотношений было установлено, что причиной конфликтов и источником проблем в партнерской паре часто выступает несовпадение их взглядов на секс, свою сексуальную роль, взаимное психологическое непонимание.

Существенной причиной возникновения партнерских расстройств является и окружение, в котором происходило воспитание партнеров [46]. Изменения в соотношениях социальных прослоек в современном обществе сопровождаются отрицанием ранее существовавших норм поведения, примеров воспитания, пересмотром иерархии жизненных ценностей. Новые правила жизни предоставляют большую свободу личности и повышают значимость ее индивидуальности, но иногда имеют и анархический характер.

К серьезным причинам развития межпартнерских сексуальных расстройств относят целый ряд явлений. В частности, утрату партнером сексуальной привлекательности, семейные конфликты, внебрачные связи, рутинность совместной жизни [229]. Высказывается мнение, что расстройства возникают как итог определенной закономерности: нарушение семейных отношений — нарушение партнерских отношений — сексуальные расстройства [343].

Опираясь на теорию мсжличностной коммуникантности, Beisert [20] считает также, что частой причиной возникновения сексуальных расстройств выступают нарушения коммуникации. Сосредоточение внимания в основном на собственной личности приводит к снижению интереса к личности партнера, нарушению восприятия и собственной сексуальности (недооценка исходящих от партнера сигналов или пренебрежение ими, невосприятие угрожающих сигналов), отсутствию внимания к поддержанию контактов, специфическому формированию метакоммуникации. В последнем случае речь идет о снижении количества метакоммуникатов (незнание языка общения, нарастающее чувство непонимания и т.п.) или, наоборот, их чрезмерном увеличении (с целью манипулирования партнером), а также о создании неприемлемых метакоммуникатов (откладывание обсуждения возникших проблем, пренебрежение необходимостью диалога). Эти взгляды не второстепенны и для сексологии, поскольку теория коммуникации приобретает все большее значение (в том числе и для психотерапии) — и в плане диагностики, и в плане лечения.

Ненадлежащая подготовка к супружеской жизни, неправильный выбор партнера, неумение нейтрализовать конфликты в первые годы супружества — частые причины возникновения партнерской и сексуальной патологии. О размерах потенциальной угрозы этих явлений свидетельствуют результаты исследований, произведенных Laskowski [184]. Более чем в 50% случаев, по его данным, избранный женщиной партнер не соответствовал предполагаемому идеалу мужчины. Способствовал этому (равно как и у мужчин, неудачно избравших партнерш) соглашательский подход к выбору спутника жизни. Через пять лет после супружества удачные связи отмечались в 23% случаев, конфликтные — в 55%, а в 22% — находились в состоянии распада, либо супруги уже развелись. В первые годы жизни 64,4% супругов оценивали положительно совместную сексуальную жизнь, но позднее каждая третья женщина начинала жаловаться на вторичную половую холодность.

Dominian [64] разделяет супружескую жизнь на три фазы: супружество в возрасте до 30 лет (в среднем длящееся пять лет), 30—50 лет и в возрасте свыше 50 лет. В первой фазе сексуальные расстройства возникают в 12—18% случаев на фоне борьбы между супругами за главенствующую роль в семье, из-за всякого рода конфликтов,

материальных затруднений. Во второй фазе у женщин часты послеродовые нарушения либидо, а сексуальные проблемы у партнеров в основном возникают на фоне внебрачных связей. Эта фаза характеризуется и манифестацией гомосексуальных потребностей. В третьей фазе супружеской жизни сексуальные проблемы, как правило, обусловлены процессом биологического увядания.

Результаты исследований [303] показывают, что к важнейшим причинам развития партнерской патологии относятся:

нарушения межличностной коммуникации;

атрофия привлекательности личности партнера;

понуждение партнера к половой жизни (например, с целью демонстрации своей потенции);

поведение партнерши, угрожающее отказом (например, сравнивающей актуального партнера с предыдущим или с партнером по внебрачной связи);

отвержение партнером;

перенесение на партнера или связь с ним механизмов отношений из периода детства (например, поиск в личности партнера субстанции матери);

борьба между партнерами за доминирование в семье;

сексуальный саботаж (например, умышленный отказ партнеру в интимной близости с целью провокации его злобы);

боязнь возможной сексуальной неудачи или сексуального разочарования;

отсутствие эффективной сексуальной активности (например, от неосведомленности);

нарастающие негативные эмоции к партнеру.

Расстройство межпартнерских отношений может приводить не только к нарушениям сексуальных потребностей или оргазма, но и способствовать развитию девиантного сексуального поведения (как заместительной формы половой активности), а также совершению сексуальных преступлений (в том числе и как “наказание” других лиц за проблемы с собственным партнером). Так, у некоторых сексуальных преступников известно явление переноса агрессии с личности жены (преступник ее боится или воспринимает как табу для проявления агрессии) на другую женщину, которая “платит” за жену.

Девиантное сексуальное поведение может быть спровоцировано партнером и по принципу индукции или принуждения. Встречаются случаи, когда один из партнеров (чаще муж) склоняет другого к участию в групповых сексуальных контактах или девиантных действиях. При этом согласие партнера на такое участие может быть вынужденным или спровоцированным, но может быть обусловлено и потребностью к самопожертвованию, полной отдаче партнеру, успокоению всех его ожиданий и желаний. При систематическом участии партнера в подобных связях может наступать втягивание его в преступное сексуальное поведение (соучастие в сутенерстве, изнасиловании, инцестных действиях и т.д.).

Г. СОЦИОКУЛЬТУРНО ОБУСЛОВЛЕННЫЕ

По мере развития нового направления сексологии — транскультурной сексологии, сформировавшейся на базе транскультурной психиатрии, психотерапии, социальной психологии, — расширяется познание социокультурно обусловленных факторов возникновения сексуальных нарушений. Эти факторы можно представить следующим образом:

факторы цивилизации (например, войны, общественное напряжение, зоны голода или недостаточного питания, расизм и т.д.);

факторы культуры (например, идеология и философия в отношении секса). Примером подобных влияний является принятый данной культурой стереотип мужественности и женственности. В настоящее время происходит изменение стереотипов, что нередко рождает чувство неуверенности в собственной сексуальной роли/идентичности, способствует возникновению чувства опасности, исходящей от противоположного пола, и т.д. [303, 304]);

распространение контрацепции. С одной стороны, контрацепция ликвидирует боязнь перед нежелательной беременностью и, таким образом, благоприятствует нормальному течению сексуальной жизни, но с другой — широкое распространение контрацепции связано с побочными последствиями в сексуальной жизни, а также в отношениях между партнерами (например, многие мужчины боятся измены партнерши, имеющей внутриматочнуто спираль). Возникающие при этом боязнь и недоверие, чувство угрозы провоцируют развитие сексуальных расстройств;

популяризация сексологических знаний. Распространение информации о сексуальной жизни и ее патологии может оказывать психотравмирующее воздействие, а во многих случаях — способствовать повышению требовательности к сексуальности партнера, который воспринимает это со страхом. Распространение ошибочных сексологических теорий способно разрушить нормальную сексуальную жизнь миллионов людей (например, запугивание последствиями онанизма);

столкновение противоречивых взглядов и моделей среды, культуры и общества. Подобные механизмы развития сексуальной патологии чаще встречаются при смешанных (межрасовых и межнациональных) браках, при происхождении супругов из крайне удаленных социальных групп, при различном вероисповедании супругов;

фактор моды. Массовая культура, средства массовой информации (кино, телевидение и популярные молодежные периодические издания) рекламируют различные типы сексуального поведения, что приводит к установлению специфической моды на те или иные виды половых отношений, которые могут приходить в конфликт с индивидуальными позициями, желаниями и чувствами партнеров;

стереотипы сексуального поведения и сексуальные мифы — представляют собой ошибочные взгляды на нормальную сексуальную жизнь и нормальные сексуальные проявления, распространяемые чаще всего через ровесников. Они относятся к категории самых распространенных источников сексуальных неудач и даже сексуальных нарущений. В первую очередь это миф о величине полового члена, которая якобы играет решающую роль в получении женщиной сексуальной удовлетворенности. Не менее распространенным вымыслом является и убеждение в том, что сексуальная абстиненция гарантирует длительную сексуальную активность в старшем возрасте;

факторы воспитания, как правило, проявляются в затруднениях с собственной половой ролью/идентичностью (например, феминизация педагогической профессии накладывает негативный отпечаток на половую идентификацию мальчиков).

Д. ПСИХОПАТОЛОГИЯ КАК ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

Данная проблема сравнительно недавно стала предметом научных исследований. О значительной распространенности психопатологии, проявляющейся в форме сексуальных нарушений [376, 380], убедительно свидетельствуют результаты исследований в области сексологии и психиатрии. Связи между психопатологией и сексуальными нарушениями могут быть троякими [303]: сексуальные нарушения как следствие, как причина или как один из симптомов психического заболевания.

Сексуальные нарушения, источником которых являются психические заболевания, могут быть обусловлены различными конкретными причинами. Например, как результат побочного действия психотропных препаратов, как последствие длительного перерыва в половой жизни либо распада прежней сексуальной связи и т.п. Сексуальные нарушения могут выступать и в качестве одного из симптомов психического заболевания, причем случается, что они предвестники его развития (например, скрытой депрессии), а иногда и причиной развития психопатологии.

В состоянии психической депрессии снижение уровня либидо отмечается у 70% больных, а у 33% отмечаются различного рода расстройства в течении полового акта [172]. Импотенция отмечается у 23% страдающих депрессией мужчин. Munjack и Oziel [229] при тяжелой депрессии отмечали снижение уровня либидо у 96% женщин и у 80% мужчин, а нарушения эрекции — у 23—50% мужчин.

Маниакальный синдром обычно характеризуется гиперсексуальностью больных,

которая часто бывает предвестником обострения заболевания [172]. По. одним данным [342], гиперсексуальность отмечается у 65% больных с маниакальным синдромом, гипосексуальность — у 13%; по другим данным [229], гиперсексуальность отмечается в 30%, а гипосексуальность — в 15% случаев.

При шизофрении диапазон сексуальных нарушений столь велик, что трудно определить, какие из конкретных видов сексуальных расстройств чаще встречаются при этом заболевании [10, 22,119,258, 376,380].

Многие авторы указывают на то, что, с одной стороны, секс является важным фактором в развитии истерии, а с другой — сексуальные расстройства при истерии — один из распространенных симптомов этого заболевания [239, ЗЗЗ]. Так, примерно 86% больных истерией имеют сексуальные расстройства [255]. Причем у больных истерией женщин аноргазмия отмечается в 24% случаев, понижение либидо — в 52% и у такого же количества женщин истерия — причина возникновения диспареунии [239]. Обширные связи между истерией и сексуальными расстройствами описаны во многих работах психиатров и сексологов [147, 376, 3801. Отмечается, что истерия оказывает негативное влияние на сексуальную жизнь и больных ею мужчин. Следствием этого заболевания могут быть не только индивидуальные, но и партнерские сексуальные нарушения.

В популяции больных неврозами постоянные сексуальные расстройства отмечаются у 24,3% женщин, а у 44% женщин имелись ситуационно обусловленные сексуальные расстройства. Причем у 31% больных неврозами женщин вообще никогда не отмечается каких-либо расстройств в сексуальной жизни. У страдающих неврозами мужчин эти соотношения имели следующий вид: 34 — 20 — 46% случаев [294]. Следует отметить, что широко распространенное мнение о якобы существующей тесной взаимосвязи между сексуальными расстройствами, девиациями и сексуальной преступностью, с одной стороны, и патологическим развитием личности — с другой, не имеет под собой сколько-нибудь убедительной научной основы.

Возникновение разнообразных сексуальных расстройств на фоне органического поражения центральной нервной системы широко освещено в обширной сексологической, психиатрической и невропатологической литературе [25,65,142,144,154,366,376,380].

Глава IV
Описание сексуальных нарушений

В данном разделе книги будут освещены виды сексуальных нарушений. В основу их описания положены принципы приведенной выше классификации и данные сексологических исследований последних лет, излагаемые с точки зрения их практического применения в экспертной работе. Критерий практической пригодности основывается на том, что некоторые сексуальные расстройства встречаются наиболее часто в практике эксперта-сексолога и их описанию естественно отводится большее место в этой книге, а редко .встречающиеся сексуальные нарушения упоминаются кратко.

Настоящая работа не столь обширна, чтобы в ней очень подробно обсуждать частные виды сексуальных нарушений и более ранние литературные данные; тем более что читатель может почерпнуть эти сведения в доступной сексологической литературе [26,144,146, 366, 367, 378, 380].

А. РАССТРОЙСТВА СЕКСУАЛЬНЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ. НАРУШЕНИЯ ЛИБИДО

Гиперлибидомия (гиперсексуальность, эротомания, сатириазис, нимфомания[*Прим. перевод.]) '

Гиперлибидомия — это патологическое усиление сексуальных потребностей, ведущее к повышенной сексуальной активности. При этом происходит не только

количественное увеличение числа сексуальных контактов, но и качественное изменение сексуального поведения, при котором сексуальность становится основной жизненной целью индивида. Для лиц, страдающих гиперлибидомией, характерна частая смена сексуальных партнеров, то есть у них, как правило, не устанавливается длительных сексуальных связей[*В отличие от патологической гиперсексуальности, гиперсексуальность, сопровождающая период полового созревания, является не заболеванием, а нормальным возрастным проявлением процесса становления зрелой сексуальности человека. Подростковая гиперсексуальность (с течением времени), как правило, постепенно стихает и замещается установлением определенного ритма сексуальной жизни. Несмотря на то что данное явление не относится к патологии, оно может иметь существенное криминогенное значение в подростковой сексуальной преступности (в первую очередь в изнасиловании).]

Данная патология может развиться и в результате психогенных воздействий (например, как форма компенсации чувства собственной неполноценности), и быть проявлением органических заболеваний (например, органическая патология центральной нервной системы, в первую очередь обусловленная ее опухолями, или проявления происходящих в организме гормональных нарушений).

Гиполибидомия (гипосексуальность)

При гиполибидомии уровень сексуальных потребностей и сексуальная активность понижены, в то же время при этом расстройстве отмечается повышение порога чувственной впечатлительности. Диагностировать этот вид сексуальных расстройств бывает нелегко. Гиполибидомия может иметь функциональный характер (например, как результат разочарования личностью постоянного сексуального партнера), развиваться на органическом фоне (например, при хроническом алкоголизме, наркомании, токсикомании, лекарственной зависимости, гиперпролактинемии, гипогликемии и т.д.), а может быть и одним из симптомов различных психических и психосоматических заболеваний.

Б. ПРЕПЯТСТВИЯ В РЕАЛИЗАЦИИ СЕКСУАЛЬНЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ

Сексуальные комплексы

Сексуальные комплексы представляют собой проявления подавленных или подавляемых (как осознанно, так и неосознанно) потребностей, желаний, воспоминаний, оказывающих влияние на чувственную сферу и сексуальное поведение. Это одна из часто встречаемых форм сексуальных нарушений. К наиболее распространенным сексуальным комплексам относятся: онанистический комплекс (онанофобия) — ошибочное, часто навязчивое убеждение в том, что мастурбация обязательно приводит к возникновению сексуальной патологии;

комплекс “маленького полового члена”;

комплекс мнимой импотенции;

комплекс “сексуальной неполноценности” — часто навязчивое убеждение в том, что с помощью собственных сексуальных возможностей невозможно удовлетворить сексуального партнера;

комплекс отвержения клиторального оргазма — убеждение в том, что получение оргазма при стимуляции клитора явление ненормальное, патологическое, ведет к отказу от такого способа получения оргазма даже при невозможности его достижения другими путями.

Партнерские сексуальные проблемы

К ним принадлежат патологическая ревность, например так называемый синдром Отелло (чаще развивается у алкоголиков), а также синдром провоцируемой измены[*Криминологическое и судебно-сексологическое значение патологической

ревности — см. список литературы № 359, 361, 363, 376, 422]. Провоцируемая измена — это сознательное установление сексуальных связей с другими партнерами по инициативе и при непосредственном участии постоянного сексуального партнера. Чаще всего она является проявлением девиантных тенденций (например, мазохизма) или обусловливается необходимостью получения специфического сексуального допинга для достижения сексуального удовлетворения.

Сексуальные состояния страха (фобии)

Сексуальные фобии представляют собой необоснованные навязчивые состояния страха, сопровождающиеся высоким психоэмоциональным напряжением и приводящие к развитию реакции защиты от затруднений в сексуальной жизни путем отказа от осуществления сексуальных контактов под любым предлогом, вплоть до полного прекращения сексуальной жизни.

Чаще всего встречается фобия сексуальной инициации (страх перед началом сексуальной жизни), которая отмечается у 11% больных, страдающих какими-либо фобиями (Lindberg, 1972). По мнению ряда авторов [7], фобия сексуальной инициации — это проявление такого патологического состояния психики, как страх деперсонализации.

К распространенным причинам возникновения сексуальных фобий в браке относятся агрессивное поведение супруга, наличие у одного из партнеров девиантного сексуального поведения. При этом фобия формируется по механизму развития защитной реакции. К другим частым вариантам сексуальной фобии относятся: страх импотенции, гамофобия (страх перед брачной жизнью), страх дефлорации. Последний тип сексуальной фобии часто приводит у женщин к развитию вагинизма.

Острые сексуальные состояния страха — это внезапно появляющиеся и динамично нарастающие состояния страха, связанные с волнением или внезапной дезадаптацией в процессе сексуального контакта. Они могут длиться от нескольких минут до нескольких дней и сопровождаться беспокойством (вплоть до паники) и вегетативными расстройствами. Однако эти явления могут носить и более длительный характер, например, выступая одним из проявлений психического заболевания. Могут они появляться и периодически, в том числе сопровождать временные расстройства функции организма (психические и гормональные кризы, гипогликемические состояния) [299].

Культурно обусловленные сексуальные состояния страха возникают в связи со специфическими воздействиями культуры, вызывающими волнение, страх или создающими угрозу индивидуальному сексуальному поведению субъекта[304).

Синдром околосонных сексуальных иллюзий

Данное состояние обычно возникает у сексуально озабоченных женщин с высоким уровнем либидо, имеющих длительный перерыв в контактах со своим сексуальным партнером. Перед засыпанием у них возникают иллюзии ощущения сексуальных ласк и даже иллюзия совершаемого с ними полового акта [264, 301].

Синдром Кехрера

Синдром проявляется в виде постепенного нарастания у сексуально неудовлетворенных женщин различных психосоматических расстройств — психомоторного возбуждения, раздражительности, обильного выделения белей, болей внизу живота, сухости влагалища, расширения тазовых вен, расстройств стула, нарушений менструального цикла и т.п. [160, 303].

В. ПРЕДДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ

Данное сексуальное расстройство впервые было описано К. Имелинским [145, 146]. Синдром заключается в том, что у имеющих сексуальный опыт лиц при отсутствии каких-либо неудач в сексуальной жизни появляется неверие в успешность предстоящего

совокупления. На фоне чрезмерной концентрации внимания на сексуальной сфере и функционирования половых органов, постоянного самоконтроля развивается страх перед половой жизнью, проявлениями сексуальности, коитусом, лицами противоположного пола. Возникает боязнь сексуальной дискредитации, потери сексуального партнера, любимого человека, гиперболизированный стыд, сконфуженность перед ним, нерешительность, а иногда — чувство вины и сексуальная аверсия.

Г. НАРУШЕНИЯ ТЕЧЕНИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ ЖИЗНИ У МУЖЧИН

Нарушения эрекции[*Под нарушением эрекции в целом в сексологии подразумевается расстройство способности полового члена к развитию такого уровня эрекции, который являлся бы достаточным для совершения полового акта (т.е. в первую очередь — для имиссии полового члена во влагалище). Поскольку принцип "достаточности" эрекции неконкретен и в большей степени обусловлен не физически, а ситуационно, то в основу вывода судебно-медицинской сексологической экспертизы о физической способности мужчины к совершению полового акта следует класть принцип способности к развитию у него полной ("максимальной") эрекции полового члена, т.е. такой эрекции, которая всегда является заведомо "достаточной"] — наиболее распространенное у мужчин сексуальное расстройство. Существует мнение [215], что около 50% мужчин /испытывают те или иные затруднения с эрекцией, причем на органической основе эти затруднения возникают только в 15% случаев [172]. Способствующими факторами возникновения расстройств эрекции в 5% случаев является доминирование в семье мальчика матери, в 3% — доминирование отца, в 20% — гомосексуальные тенденции, а в 15% случаев — религиозные факторы [323]. К причинам появления этого расстройства могут быть отнесены семь органических факторов (травмы, послеоперационные осложнения, сосудистые нарушения, неврологические заболевания, гормональные расстройства, метаболические нарушения, последствия употребления некоторых лекарств) и четыре психогенных фактора (партнерские проблемы, стрессы, страх, психопатология) [204, 172, 201, 229]. Среди психогенных причин расстройств эрекции немаловажное значение принадлежит истерии и чрезмерной привязанности к матери [147].

Среди органических причин возникновения этой патологии в последнее время все чаще отмечается гиперпролактинемия. Расстройства эрекции отмечаются у 83% мужчин, страдающих этим-заболеванием [261]. Но, пожалуй, основное место среди органических причин нарушений эрекции принадлежит сосудистой патологии. Так, проблемы с развитием эрекции наблюдаются у 10—30% мужчин, перенесших инфаркт миокарда [229], а по некоторым данным [344], — даже у 47—73% этого контингента больных. Небезынтересно, что смерть во время полового акта у перенесших инфаркт миокарда мужчин составляет 0,6% от числа всех видов смерти в результате заболеваний, причем в 80% случаев она наступает во время внебрачных сексуальных контактов [354]. Связь сосудистой патологии с расстройствами эрекции подробно обсуждается многими исследователями [33, 278, 325,380].

Среди причин возникновения нарушений эрекции наиболее часто отмечаются: возрастной фактор, тучность, употребление некоторых лекарств, алкоголизм. Указывается и на связь этих расстройств с нарушениями в системе передачи нервных импульсов [235]. Golden [105] отмечает, что нарушения эрекции — это типичные сексуальные расстройства для культуры Запада и развиваются они в результате повального сексуального невежества, на фоне нереализованной сексуальности и различных фобий.

Большое внимание в последнее время уделяется методам диагностики нарушений эрекции (плятизмография, термография, телеметрия и др.) [222, 273, 279, 377, 380].

По данным наших исследований [300, 302, ЗОЗ], расстройства эрекции выявляются у 21% алкоголиков и у 40% наркоманов. Среди психогенных факторов наиболее частыми причинами возникновения расстройств эрекции были сексуальные комплексы, фобии и партнерские факторы. В судебно-сексологической экспертизе с нарушениями эрекции чаще приходится сталкиваться в случаях виргогамии, при бракоразводных делах,

девиантном поведении, а также в случаях сексуальных преступлений.

Нарушения эякуляции

Эякуляторные расстройства, как и расстройства эрекции, относятся к числу наиболее распространенной мужской сексуальной патологии. Нарушения эякуляции можно разделить на следующие виды:

чересчур преждевременная эякуляция (семяизвержение наступает до начала совершения полового акта в период предварительных сексуальных ласк при отсутствии эрекции полового члена);

преждевременная эякуляция (семяизвержение наступает непосредственно перед введением полового члена во влагалище);

слишком ранняя эякуляция (семяизвержение наступает либо непосредственно в момент имиссии полового члена во влагалище, либо после совершения первых фрикций);

задержка эякуляции (семяизвержение наступает только после длительного, порой изнурительного полового акта);

сперматорея (истечение спермы происходит вне связи с сексуальным возбуждением и обстановкой полового акта);

болезненная эякуляция;

эякуляция без оргазма;

эякулятурный рефлюкс (семяизвержение наступает, но сперма выводится не наружу, а забрасывается в обратную сторону и попадает в мочевой пузырь).

Причины возникновения нарушений эякуляции многообразны и более подробно будут рассмотрены при освещении этиопатогенеза сексуальных расстройств. Остановимся лишь на кратком описании отдельных видов эякуляторных расстройств.

Наиболее частой причиной возникновения семяизвержений без оргазма является наличие послевоспалительных изменений мужской половой системы. Немаловажную роль при этом играют и возраст индивида, и наличие у него сосудистой патологии.

Задержка семяизвержения относится к редко встречающимся эякуляторным расстройствам [276, 353] и может быть обусловлена как органическими, так и психическими причинами. Склонность к анально-генитальным и орально-генитальным контактам или мастурбации приводит к ослаблению восприятия специфических ощущений при вагинальном коитусе, что также может явиться причиной задержки семяизвержения в процессе совершения вагинального коитуса [85].

Эякуляторный рефлюкс нередко является последствием органических изменений мочеполовой системы мужчины, часто встречается после операций на предстательной железе. Однако причиной его может быть и длительная практика так называемого саксонского полового сношения, при котором с противозачаточной целью непосредственно перед эякуляцией партнерша пережимает половой член и вызывает этим искусственный заброс спермы в мочевой пузырь.

Органической природой обусловлено и отсутствие эякуляции (например, при заболеваниях предстательной железы). Но это расстройство может наблюдаться у мужчин и в постклимактерическом периоде — в период андропаузы [225][*Возможность наличия эякуляторного рефлюкса и патологического отсутствия семяизвержения должна учитываться при производстве судебно-медицинской сексологической экспертизы при установлении способности мужчины к оплодотворению и при определении возможности происхождения спермы (например, на теле, в половых путях или на одежде жертвы сексуального преступления) от конкретного лица.]

По нашим данным [300], эякуляторные расстройства отмечаются у 71% алкоголиков, у 85% наркоманов и лишь у 16% мужчин из контрольной группы.

Д. НАРУШЕНИЯ ТЕЧЕНИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ ЖИЗНИ У ЖЕНЩИН

Нарушение комплекса сексуальной готовности

Комплекс сексуальной готовности — это состояние, определяющее возможность совершения женщиной полового акта. Прежде всего он характеризуется развитием в процессе сексуального возбуждения достаточной степени увлажненности влагалища (так называемая любрикация), позволяющей произвести свободное и безболезненное введение (имиссию) полового члена во влагалище и осуществлять им фрикции в процессе совокупления. Этот комплекс включает в себя также и временное расслабление у женщины мышц промежности и влагалища, наступающее перед половым актом и облегчающее имиссию полового члена.

При недостаточной любрикации или ее отсутствии, а также при отсутствии или недостаточном расслаблении соответствующих мышц половое сношение может вызывать боли или неприятные ощущения у обоих партнеров (диспареуния) или вообще стать невозможным. Причинами этого расстройства являются — отсутствие согласия женщины на совершение полового акта, неадекватная сексуальная стимуляция женщины партнером перед началом полового акта, гипосексуальность женщины, страх женщины перед возможной беременностью, ситуационные факторы [144][*Отсутствие комплекса сексуальной готовности у подвергшейся изнасилованию женщины является одним из основных факторов возникновения у жертвы в процессе совершения насильственного полового акта болезненных ощущений в области половых органов, а также образования и у жертвы, и у насильника местных, как правило поверхностных, повреждений половых органов.]

Вагинизм

Вагинизм — это патологическое состояние, при котором у женщины в обстановке интимной близости независимо от ее воли рефлекторно наступает сильное спастическое сокращение мышц тазового дна и влагалища, делающее невозможным совершение полового акта как чисто механически (из-за резкого сужения входа во влагалище, препятствующего имиссии полового члена), так и по физиологическим причинам (из-за сопровождающего мышечный спазм сильного болевого приступа). Вагинизм может носить стойкий характер и сопровождать женщину на всем протяжении жизни, что делает ее вообще неспособной к совершению полового сношения [367, 378, 380][*Стойкий, резко выраженный вагинизм является одним из судебно-медицинских критериев неспособности женщины к совершению полового акта.]. Современная медицина способна устранить это страдание почти в 100% случаев.

По нашим данным [300], вагинизмом страдает 12% женщин-алкоголиков и 37,7% женщин-наркоманов, в то же время в контрольной группе эта патология отмечалась только у 1% обследованных женщин.

К причинам вагинизма относят фобии, неуверенность в безопасности личности партнера и другие партнерские факторы, органические изменения половых органов [144]. При обследовании 80 женщин, страдающих вагинизмом, органические причины его возникновения были установлены у 22 женщин, а у 18 — они носили ситуационный характер [182]. Существует мнение, что вагинизм — это один из симптомов истерии [90]. К другим факторам, часто приводящим к развитию вагинизма, относятся: травма половых органов в детстве, заболевание мочеполовой системы, последствия использования влагалищных тампонов при менструациях в подростковом возрасте, гинекологические и венерические заболевания (особенно — воспалительные заболевания влагалища), грубая (травматичная) сексуальная инициация (в том числе и грубая дефлорация), страх, обусловленный крупными размерами полового члена партнера, амбивалентное отношение к половой жизни, социокультурные факторы [272][*Вагинизм может являться и последствием изнасилования, особенно произошедшего в детском возрасте, сопровождавшегося грубой дефлорацией и (или) обширными генитальными повреждениями. Развившийся в этих случаях вагинизм, если он вызвал утрату женщиной способности к совершению полового акта, расценивается как тяжкое телесное повреждение (в соответствии с Правилами судебно-медицинского определения степени тяжести телесных повреждений Минздрава СССР).].

При проведенном нами [303] обследовании 55 женщин, страдающих вагинизмом,

было установлено, что у 27 из них причиной развития вагинизма был либо страх перед дефлорацией, либо ошибки партнера при проведении дефлорации, у 11 женщин вагинизм был обусловлен ситуационно, у 3 — явился последствием несогласованности с действиями партнера при совершении полового акта, у 8 женщин был проявлением истерии.

Половая холодность (фригидность)

При половой холодности у женщин отмечается снижение уровня сексуальных потребностей и сексуальной реактивности, отсутствие удовлетворенности половой жизнью. Одним из признаков половой холодности является аноргазмия. Сопровождающие фригидность проявления могут иметь разную степень выраженности:

I — сексуальная потребность сохранена, но при большинстве половых актов оргазм не наступает, имеется некоторая удовлетворенность половой жизнью;

II — сексуальная потребность отсутствует либо сохранена на незначительном уровне, оргазм отсутствует при всех половых актах, половая жизнь удовлетворения не приносит;

III — полное отсутствие сексуальной потребности, стойкая аноргазмия, отвращение к сексуальному партнеру;

IV — полное отсутствие сексуальной потребности, стойкая аноргазмия, отвращение вызывает не только актуальный сексуальный партнер, но и вообще все мужчины.

По нашим данным, половая холодность I и II степени отмечалась у 82% женщин-алкоголиков, 23% женщин-наркоманок и у 16% женщин из контрольной группы; III и IV степени соответственно у 23—42—2% обследованных групп женщин [300].

Фригидность может быть обусловлена как органическими, так и функциональными причинами, о чем подробнее будет рассказано ниже.

Е. НАРУШЕНИЯ ТЕЧЕНИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ ЖИЗНИ У ОБОИХ ПОЛОВ

Комплекс сексуальной неприспособленности

Комплекс сексуальной неприспособленности характеризуется появлением различных проблем и трудностей в течение сексуальной жизни у внешне сексуально благополучных партнеров [303]. При этом типичными являются следующие проблемы: возникновение в процессе коитуса ощущения слишком просторного влагалища; последствия мастурбаторных навыков; послеродовые изменения женских половых органов; физиологическая несоразмерность строения половых органов партнеров; различие в сексуальной возбудимости партнеров и в их сексуальных биоритмах; разновременное наступление оргазма; различия “сексуальной схожести”; неприятие женщиной половых сношений в другие периоды, кроме тех, когда у нее возникает максимальное либидо (например, у женщин, которые максимальное либидо испытывают в период овуляции или менструации).

Непорочное супружество (виргогамия)

McCary [214] на основании обследования 1000 брачных пар, находившихся в целомудренном браке из-за того, что супруги были не в состоянии начать половую жизнь, выделил следующие причины этого явления:

чувство боли у партнерши при попытках имиссии полового члена во влагалище — 20,3% случаев;

уверенность в том, что половой акт является чем-то неприятным, — 18%;

импотенция партнера — 11,7%;

маленькое влагалище — 8,2%;

игнорирование партнером анатомических особенностей строения женских половых органов — 5,2%;

негативное отношение партнерши к мужчинам — 5,2%;

отвращение, испытываемое женщиной по отношению к половому члену, — 4,6%;

отвращение, испытываемое женщиной к методам контрацепции, при одновременной боязни беременности — 3,3%;

отвращение, испытываемое женщиной по отношению к партнеру, — 3,0%;

потребность досадить партнеру — 1,4%;

страх перед половым членом мужа — 1,2%;

страх перед спермой — 0,9%.

Средняя продолжительность непорочного супружества составляет 2—4 года. В результате лечения 60% пар половую жизнь начинают в первые полгода, 72% супругов [32] через два года после начала лечения.

Сексуальная аверсия

Чувство отвращения к сексуальному партнеру — это наиболее тяжелая разновидность межпартнерских сексуальных расстройств [144]. Самые распространенные причины развития сексуальной аверсии: глубокие конфликты между партнерами, реакция на психотравмирующее поведение партнера (например, на его измену), реакция на исходящий от партнера неприятный запах, последствия сексуальных расстройств у партнера, которыми он пренебрегал и своевременно не лечился [303].

Сама аверсия может иметь различную степень выраженности — от ощущения отвращения, возникающего только в обстановке интимной близости или попытки к ней, и до чувства непреодолимого отвращения к партнеру, возникающего при малейшем соприкосновении с ним и даже только при его виде.

Диспареуния

Под диспареунией понимается болезненность полового сношения как для мужчины, так и для женщины[*Сексологическая трактовка этого понятия достаточно разноречива. Ряд авторов под диспареунией понимают неспособность к достижению оргазма при технически правильном течении полового акта с актуальным постоянным сексуальным партнером. Многие авторы в это понятие вкладывают самые разнообразные нарушения сексуального чувства и сексуальных реакции у женщин, вплоть до фригидности. Некоторые исследователи трактуют диспареунию как проявление сексуальной аверсии у женщин. И, наконец, многие авторы придерживаются данной в настоящей книге трактовки этого понятия.]. Это одно из распространенных партнерских сексуальных расстройств. По нашим данным [300], диспареуния отмечается у 5,2% алкоголиков и у 18% их сексуальных партнерш, у 14,3% наркоманов и 44,3% наркоманок и только у 3% женщин из контрольной группы.

Наиболее часто встречающимися причинами развития диспареунии являются: у женщин — послевоспалительные изменения половых органов и их послеродовые изменения, период биологического увядания, гинекологические заболевания и операции, пороки развития половых органов, истерия, партнерские факторы; у мужчин — послевоспалительные изменения мочеполовой системы, алкоголизм, систематическое принуждение партнершей к сексуальным эксцессам, другие партнерские факторы.

Сексуальная анестезия

Это явление — результат снижения чувствительности или полного выключения рецепторов эрогенных зон, что приводит к аноргазмии и сексуальной неудовлетворенности[*Многими сексологами понятие сексуальной анестезии рассматривается как синоним половой холодности (фригидности).]. Наиболее часто сексуальная анестезия бывает обусловлена факторами органической природы (поствоспалительные изменения половых органов и локализующиеся в их области проявления кожных болезней, патология нервной системы, лекарственная болезнь, алкоголизм и т.п.), но в основе ее возникновения могут лежать и психогенные факторы. Данное сексуальное расстройство диагностируется редко и не включается во многие

классификации сексуальных нарушений.

Ж. НАРУШЕНИЯ ОРГАЗМА

Синдром мнимой аноргазмии

Сущность данного синдрома заключается в том, что способная к достижению оргазма женщина может получить его только при эффективной стимуляции клитора. Однако подобный способ воспринимается женщиной как “неправильный”, что приводит к уклонению от получения такого вида возбуждения. Среди женщин этот синдром является распространенным видом сексуальных нарушений.

Аноргазмия

Под аноргазмией подразумевается постоянное отсутствие у женщины способности к достижению оргазма, проявляющееся как в процессе половой жизни (при совершении коитуса и при подготовке к нему, несмотря на целенаправленные действия партнера), так и при пробах самовозбуждения. Это одно из наиболее часто встречающихся у женщин сексуальных расстройств, отмечаемое примерно у 30-80%. Следует отметить, что в последнее время наблюдается меньшая распространенность этого расстройства. Подобная тенденция, по-видимому, связана с ростом уровня полового воспитания и повышением культуры половой жизни, и, как следствие этого, — частым посещением женщинами врачей по поводу лечения половых расстройств.

К факторам, способствующим достижению женщиной оргазма, относятся: оптимальный уровень андрогенов в организме; хорошая реактивность нервной системы; напряжение промежностных мышц в процессе коитуса; мастурбационный опыт; сексуальная инициация в возрасте до 18 лет; продолжительность вступительных ласк свыше 15 минут; длительность коитуса свыше 10 минут; экстравертированность личности; высокий уровень сексуального сознания, сексуальной образованности и сексуального воображения; удачная чувственная связь с партнером; вынесенный из семейной среды позитивный эталон чувственной и сексуальной связи[52,110,210,257,313].

Аноргазмия может выступать в роли одного из симптомов различных заболеваний или быть ситуационно обусловленной, а может проявляться и в виде самостоятельного синдрома. В последнем случае она чаще переходит в половую холодность.

Существует немало причин возникновения аноргазмии. Многие из них, по существу, являются контрфакторами по отношению к упомянутым факторам, способствующим развитию оргазма. К типичным причинам аноргазмии причисляют: невроз, депрессии, стрессы, гормональные нарушения, соматические заболевания, лекарственную болезнь, сексуальные расстройства у партнера, внебрачные связи, нарушения чувственной связи с партнером [272}. Szczerda [313] так описывает характеристику партнера, индуцирующего аноргазмию у женщины: “Интеллектуально слаборазвитая личность, профессия связана с выполнением низкоквалифицированного труда (даже при подобной профессиональной принадлежности и самой женщины), недоброжелательный и доминирующий во взаимоотношениях с партнершей, имеющий различного рода затруднения в сексуальной жизни, не имеющий с партнершей сильной эмоциональной связи, не отвечающий ее ожиданиям, конфликтующий с ней на сексуальной почве и соперничающий за главенствующую роль в созданной связи”. Собственные исследования причин аноргазмии склоняют нас к объединению их многообразия в две группы: группа психогенных факторов (отсутствие взаимопонимания в половой жизни, разный уровень сексуальной культуры партнеров, негативные личностные черты партнера и т.п.) и группа органических факторов (поражение подбугорной области головного мозга, физическая усталость, патология тазовых органов и т.п.).

Диссоциация оргазма

Это нарушение связано с раскоординированностью между биологическими и психическими компонентами оргазма, что приводит либо к нарушению возникновения оргазма во времени, либо к возникновению оргазма при участии только одного из этих компонентов. В последнем случае чаще встречается биологически обусловленный оргазм, наступающий при неучастии его психического компонента.

Причины диссоциации оргазма могут быть самыми разнообразными, но преимущественно это психоэмоциональные факторы (конфронтация с религиозными и морально-этическими принципами, амбивалентное отношение к сексуальному партнеру, личностные или психические расстройства и т.п.).

Оргазм без эрекции

Как следует из названия, это расстройство характеризуется возникновением у мужчины семяизвержения при отсутствии эрекции полового члена. Это явление чаще носит функциональный характер, но может быть обусловлено и органической патологией (например, при некоторых неврологических заболеваниях).

3. НЕТИПИЧНЫЕ СЕКСУАЛЬНЫЕ ОТКЛОНЕНИЯ (НЕТИПИЧНОЕ СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ)

К рассматриваемой группе отнесены такие типы сексуального поведения, которые, с одной стороны, по существующим меркам нельзя однозначно отнести ни к норме, ни к девиации, ни к патологии, а с другой стороны, хотя они и составляют в популяции статистическое меньшинство, однако фактически имеют распространение во всех обществах, культурах и средах, не являясь при этом социокультурно обусловленными феноменами. Всех лиц с нетипичным сексуальным поведением объединяет то, что такое поведение является для них доминирующим или единственно приемлемым путем достижения сексуального удовлетворения.

До недавнего времени большинством сексологов эти состояния причислялись к сексуальным девиациям. Однако в современных классификациях сексуальных нарушений они все чаще выделяются в самостоятельную группу. По сравнению с нарушениями сексуальных потребностей, течения сексуальной жизни или нарушениями оргазма, нетипичное сексуальное поведение встречается значительно реже, однако куда более распространено, нежели сексуальные девиации. Более того, за прошедший со времени известного доклада Кинзи [408, 409] период отмечено постепенное увеличение субпопуляции лиц с этими отклонениями.

Патологический аутоэротизм

Под аутоэротизмом обычно понимают способы получения субъектом сексуального удовлетворения без участия другого лица. Однако подобная трактовка этого термина фактически превращает его в еще один синоним мастурбации. В то же время патологический аутоэротизм является качественно иной категорией и представляет собой отличающийся навязчивостью доминирующий путь достижения конкретным лицом оргазма, в том числе при помощи или под воздействием каких-либо раздражителей физической природы. Постоянно повторяющееся самовозбуждение с использованием специфических сексуальных раздражителей (например, струя воды, специально приспособленные орудия или инструменты, зеркальное отображение собственного тела, порнография, специфические ритуалы и т.п.) приводит к тому, что количественная и качественная его формы замещают у субъекта как иные сексуальные раздражители, так и иные проявления сексуальной активности. Развивающийся таким образом стойкий заместительный аутоэротизм заключается в том, что субъект может достигать оргазма только путем самовозбуждения и такая форма сексуальной активности становится для него более приемлемым и эффективным способом получения сексуального удовлетворения, нежели сексуальный контакт с партнером. Часто эти лица вообще не

имеют (или никогда и не имели) сексуальных связей, либо сексуальные контакты у них носят спорадический характер.

Ананкастный аутоэротизм заключается в стойком, принудительном (навязчивом) сексуальном самовозбуждении, осуществляемом зачастую вне актуальной сексуальной потребности и носящем черты зависимости. Чаще подобное состояние является одним из симптомов пограничных психоневрологических расстройств и реже — симптомом психического заболевания или умственной отсталости. В крайних вариантах отмечается длящаяся месяцами и даже годами многократная на протяжении суток самостимуляция. Механизм этого явления состоит в том, что данное лицо может получить разрядку нервного напряжения только описанным сексуальным путем, причем со временем оргазм становится как бы “лекарством”, оказывающим успокаивающее действие.

Специфическим видом женского аутоэротизма является так называемый синдром Хевлок-Эллиса, при котором сексуальная самостимуляция осуществляется с помощью струи воды, воздействующей на эрогенные зоны. Считается, что этот тип самостимуляции довольно широко распространен в женской популяции. Его особенность состоит в том, что у женщины постепенно происходит закрепление связи между возникновением оргазма и воздействием столь специфического сексуального стимулятора. Впоследствии такие женщины, как правило, испытывают затруднения с достижением оргазма под воздействием стимуляции, производимой во время полового сношения партнером.

Не менее специфической разновидностью патологического аутоэротизма является и синдром сексуальной асфиксии. В этом случае получение сексуального удовлетворения связано с весьма определенным риском для жизни, так как оно достигается в процессе развития удушья при самоповешении[*Кроме самоповешения не менее, если и не более, часто для достижения тех же целей страдающие описываемой патологией лица помещают голову в воздухонепроницаемые емкости ограниченного объема (чаще — в пластиковые мешки) либо закрывают лицо изолирующими масками (чаще используются противогазные маски или маски для подводного плавания). Причем оргазм в этих случаях может возникать и без дополнительной стимуляции половых органов, так как под воздействием острой кислородной недостаточности происходит нарушение процессов возбуждения-торможения в головном мозге, что и обусловливает центральное происхождение семяизвержения и оргазма. Этот механизм хорошо известен не только судебным медикам. Многие сексуально нормальные мужчины “постигают” его эмпирическим путем и широко применяют в повседневной половой жизни, зная, что банальная задержка дыхания в завершающем периоде полового акта ускоряет наступление семяизвержения и оргазма.].

В США ежегодно эта форма сексуальной самостимуляции становится причиной примерно 250 смертельньых случаев [269]. Burqess [39] относит данное явление к мазохизму и указывает на то, что подобные сексуальные действия в заканчивающихся смертью случаях нередко симулируют самоубийство или криминал, каковыми они зачастую и воспринимаются окружающими, правоохранительными органами и судебными экспертами. В исследованных им 132 случаях данной патологии в 127 случаях субъектами были мужчины и лишь в 5 случаях — женщины [*Криминологические, криминалистические и судебно-медицинские аспекты аутоэротической смерти — см. список литературы № 404.].

Орализм

Сущность этого нарушения полового поведения заключается в возникновении у субъекта оргазма только под воздействием раздражения его половых органов губами и (или) языком сексуального партнера. Это явление следует отличать от орально-генитальных ласк, являющихся одним из сексуальных возбудителей в процессе нормальной половой жизни. Несомненно, что именно опыт проведения таких ласк является первоосновой для возможного в дальнейшем формирования орализма, причем механизм его формирования в целом сходен с таковым при патологическом аутоэротизме. То есть в его основе лежит постепенное закрепление (“закодирование”)

данного вида сексуального возбуждения с последующим замещением обычных сексуальных контактов орально-генитальными, как наиболее эффективным для данного субъекта способом достижения сексуального удовлетворения.

Следует предупредить однозначное отнесение орализма к разряду сексуальной патологии (в том числе и партнерской), так как во многих связях он отвечает взаимным потребностям партнеров и не создает у них каких-либо сексуальных проблем. Однако в ряде случаев позиции партнеров на этот счет расходятся, что порождает возникновение конфликтов.

На практике с орализмом как с проблемой сексолог встречается при следующих ситуациях:

орализм как источник конфликтов между партнерами либо как причина развития комплекса сексуальной неприспособленности;

орализм как источник возникновения девиантного сексуального поведения (например, педофильного или зоофильного);

орализм как источник гомосексуального поведения.

В последнем случае к такому поведению может приводить неудовлетворенная при гетеросексуальных связях потребность в орально-генитальных контактах, т.е. в этой ситуации удовлетворение сексуальных потребностей гомосексуальным путем носит заместительный характер. В более редких случаях подобное поведение обусловлено проявлением скрытых или сдерживаемых гомосексуальных тенденций. При этом орализм может стать пусковым моментом в развитии гомосексуальной ориентации полового влечения.

По нашим данным, наряду с другими методами сексуальной стимуляции орально-генитальные ласки использовались у 35% обследованных здоровых супружеских пар (контрольная группа), в 67% браков между наркоманами и в 49% браков между алкоголиками. Орализм же имел место в 0,5% случаев у пар из контрольной группы, у 9% супругов-алкоголиков и у 18% супругов-наркоманов, причем во всех случаях орализм был преимущественно потребностью мужчин, а не женщин.

Анализм

Данное нарушение заключаечся в достижении оргазма и получении сексуального удовлетворения путем механической стимуляции прямой кишки, либо путем совершения анального коитуса. Чаще анализм реализуется в форме гетеро- или гомосексуального коитуса и реже — в форме ректальной мастурбации.

Анализм следует отличать от дополнительной ректальной стимуляции, употребляемой в процессе обычной половой жизни (например, пальцевое воздействие на заднюю стенку влагалища через прямую кишку, осуществляемое партнером в процессе коитуса с женщиной, имеющей просторное влагалище).

Сравнивая современные социосексологические данные с изложенными в докладе Кинзи [408, 409], можно утверждать, что за истекший период времени отмечался систематический рост популярности этого способа сексуальной активности. По данным McCary [214, 215], анальный коитус является преимущественным отправлением сексуальности у 50% гомосексуалистов. А около 50% женщин имели в гетеросексуальной половой жизни опыт анальной стимуляции (причем у 30% из них этот опыт включал анальный коитус, у 20% — анальную стимуляцию пальцем партнера, а у 10% — оба вида подобной стимуляции). По нашим данным, анализм практиковался у 3,6% обследованных алкоголиков-мужчин и у 20,9% их жен, примерно у 20% мужчин-наркоманов и у 33% их партнерш, а также у 5% партнеров из контрольной группы (в этих исследованиях понятие анализма было ограничено только практикой совершения анального коитуса).

Анальные контакты чаще провоцируются следующими факторами [298]:

анальная фиксация (психическая обусловленность с раннего детства);

гомо- и бисексуальные тенденции;

потребность в эскалации сексуальных возбудителей;

дополнительная форма стимуляции в процессе половой жизни (чаще в случаях

сексуальной неприспособленности);

конформизм и следование определенной “сексуальной моде”;

предупреждение беременности:

Анализм как основная или исключительная форма достижения оргазма и сексуальной удовлетворенности чаще встречается в гомосексуальных связях. В обследованной нами гетеросексуальной популяции частота совершения анального коитуса была значительно ниже частоты типичных форм половой жизни, а в контрольной группе он в основном был проявлением сексуального любопытства, данью определенной “сексуальной моде”, либо воспринимался в качестве одной из нормальных, приемлемой обоими супругами, форм половой жизни.

Следует отметить, что на Западе в последнее время отмечается тенденция к снижению частоты анальных контактов. Это в первую очередь обусловлено широко проводимой там кампанией профилактики передачи подобным путем многих инфекционных (в том числе и венерических) заболеваний и главное — такого грозного заболевания, как СПИД.

В нашей экспертной практике анализм встретился в 3-х бракоразводных делах, в 14 случаях гомосексуальной педофилии и в 11 случаях других сексуальных преступлений (изнасилование, инцест).

Гомосексуализм

Данное нетипичное сексуальное поведение проявляется в достижении субъектом (как мужчиной, так и женщиной) сексуального удовлетворения путем проведения сексуальных контактов с лицами одноименного пола. Различают следующие виды гомосексуализма: педерастия (анальный гомосексуальный коитус), эфебофилия (сексуальный контакт между зрелым мужчиной и подростком), лесбийская любовь (женский гомосексуализм), корофилия (сексуальный контакт между зрелой женщиной и девушкой).

[*Существует великое множество классификации гомосексуализма и разнообразных терминов для обозначения его проявлений. Учитывая краткость приводимых автором данных по этому поводу, а также их несовпадение в ряде случаев с наиболее распространенной в мире и принятой в отечественной сексологии интерпретацией (в том числе нашедшей отображение и в советском уголовном законодательстве), приводим краткую терминологическую справку

Сексуальная инверсия — гомосексуализм у обоих полов.

Уранизм — мужской гомосексуализм.

Лесбийская любовь (сапфизм, трибадия) — женский гомосексуализм.

Гомосексуальное влечение к взрослым субъектам: у мужчин — андрофилия, у женщин — гинекофилия.

Гомосексуальное влечение к субъектам юного возраста (в том числе и к подросткам): у мужчин — эфебофилия, у женщин — корофилия.

Гомосексуальное влечение к детям — гомосексуальная педофилия.

Педерастия — гомосексуальные действия с мальчиками (чаще подразумевается совершение более старшим субъектом анального коитуса с мальчиком; иногда данный термин используется и в качестве синонима любого проявления мужского гомосексуализма; довольно широко распространенное употребление этого термина для обозначения полового сношения через задний проход между мужчинами любого возраста едва ли можно признать правильным, поскольку для наименования этих действий существует самостоятельный термин — педикация, аналогом которого в русском языке является понятие “мужеложство”, принятое и в отечественном уголовном законодательстве).

Активный партнер — гомосексуальный партнер (как мужчина, так и женщина), выполняющий в гомосексуальном контакте мужскую (“активную”) роль; активный партнер в актах мужеложства иногда именуется педикатор.

Пассивный партнер — гомосексуальный партнер (как мужчина, так и женщина), выполняющий в гомосексуальном контакте женскую (“пассивную”) роль; пассивный

партнер в актах мужеложства иногда именуется патикус или кинэдэ (разделение гомосексуалистов на активных и пассивных партнеров достаточно условно, поскольку в процессе совершения сексуальных действий многие из них меняются ролями, что имеет свое криминалистическое и судебно-медицинское значение).]

По мнению большинства исследователей, гомосексуализм охватывает 1—5% человеческой популяции, а по другим данным, им охвачено 6% мужского и 3% женского населения планеты [321]. Однако мнения разных исследователей по этому поводу значительно расходятся, а приводимые ими данные располагаются в интервале от 1% до 37% популяции[*Действительно, приводимые разными авторами данные о распространенности гомосексуализма достаточно противоречивы, однако в большинстве случаев статистические предположения колеблются в пределах 1—6% популяции. Причем основное количество исследователей сходится на том, что это явление более распространено в мужской части популяции (в среднем 2—4% мужчин), чем в женской (в среднем 1—3% женщин). Однако фактических количественных показателей распространенности гомосексуализма не существует. В первую очередь это объясняется не только трудностями исследования данного вопроса и небольшим количеством действительно репрезентативных исследовании, а крайней разнородностью этой субпопуляции людей. Кроме того, одними исследователями при изучении этой группы в нее включаются только истинные (“ядерные”, “стержневые”) гомосексуалисты, специфическое сексуальное поведение которых определяется наличием гомосексуальных потребностей, другими же в данную группу включаются и лица, гомосексуальное поведение которых обусловлено не наличием определенных потребностей, а осуществляется на основе других причин и соображений (так называемые псевдогомосексуалисты). Таким образом, в последнюю группу попадают и лица с выраженными гетеросексуальными потребностями, не говоря уже о бисексуалистах. Однако большинство авторов сходятся на том, что истинная распространенность гомосексуализма (даже его “стержневой” группы) значительно шире самых смелых статистических предположений, а эпизодические или кратковременные гомосексуальные связи имеет в своем сексуальном опыте по меньшей мере треть мужского и четверть женского населения планеты.]. Наши исследования подтвердили наличие гомосексуальнного опыта у 1,6% алкоголиков, у 13% наркоманов и у 10% их партнерш. В контрольной группе эти показатели составили 5% [300].

Посвященная гомосексуализму литература включает несколько сот публикации, в том числе и большое количество монографий. В Польше наиболее широко эти вопросы освещены в работах Имелинского [139, 141,142, 144] и монографии Giese [99][*См. также список литературы № 358,367,371,376, 377,378,380.].

Среди многочисленных гипотез и теорий происхождения гомосексуализма наиболее распространены следующие:

гипотезы и теории средовой обусловленности (семейная — материнская гиперопека, негативно воспринимаемые отцы, отрицательный опыт контактов с братьями и позитивный с сестрами, освоенность с мужской наготой и отсутствие таковой в отношении женской наготы и т.п.; профессиональная — артистическая среда; “образа жизни” — цыганский табор);

гипотезы и теории ситуационной обусловленности и научения (гомосексуальное совращение, гомосексуальные контакты с ровесниками, последствия случайных и транзиторных гомосексуальных контактов);

теория заместительной обусловленности (например, гомосексуальные контакты в изолированных мужских коллективах — в местах лишения свободы, в интернатских заведениях, в воинских частях и военных учебных заведениях, в монастырях и теологических учебных заведениях и т.п.);

гипотеза фантазийной обусловленности (например, под влиянием порнографии или сопутствующих мастурбации фантизий гомосексуального содержания);

гипотеза личностной обусловленности (например, страх сексуальной неудачи, затруднения в собственной половой роли/идентичности, нарциссическое развитие личности, затруднения в установлении контактов с противоположным полом, сексуальное “бегство” при неудаче сексуальных контактов с противоположным полом и

т.п.);

гипотезы и теории биологической обусловленности (генетическая, конституционная, органического поражения головного мозга, нейроэндокринная, эндокринная, пренатальная, антропологическая, филогенетически-эмбриональная)[*Более подробное освещение этого вопроса — см. список литературы № 144, 371, 380, 429.].

Freud [87] связывает формирование гетеро- или гомосексуальной ориентации личности с наличием того или иного исхода, якобы априорно присущий человеку бисексуальной предрасположенности.

Hatterer [120] рассматривает генез гомосексуальности как многофакторный, подчеркивая при этом диагностическое значение выявления гомосексуальных потребностей, которые могут быть скрытыми и находят отображение в тематике эротических сновидений и фантазий. Ряд авторов считают, что в основе гомосексуализма лежит специфический сексуальный невроз [23].

При исследовании 76 культур в плане выяснения отношения общества к гомосексуализму было установлено, что в 67% культур гомосексуализм не воспринимался как ненормальное явление, либо отношение к нему было как к само собой разумеющемуся факту, а в 28 обществах гомосексуализм не одобрялся, “не встречался”, либо отмечался в виде спорадических случаев [83]. По мнению Hatterer [120], в США миллионы мужчин имеют гомосексуальные мечты и фантазии, а свыше 2,5 миллионов — и гомосексуальный опыт. По некоторым данным, опыт такого рода имеют 19% женщин [42]. Более того, некоторые исследователи считают [353], что гомосексуальные потребности и контакты вообще более распространены именно в женской, а не в мужской среде.

Многие последователи психоанализа [75, 120, 236] связывают происхождение гомосексуализма у мужчин с неразрешившимся комплексом Эдипа, а у женщин — с неразрешившемся комплексом Электры [87]. По другому мнению психоаналитиков [76, 2бб], гомосексуализм происходит из подсознательных тенденций кровосмешения по отношению к отцу или брату и является заместительной формой проявления инцестных потребностей.

Bieder [24] видит причину возникновения гомосексуализма в психопатологии связи родители — ребенок. В семейной среде причину гомосексуальности усматривает и Forrest [84], считающий, например, что доминирующие в доме матери предрасположены к гомосексуализму, как и их дочери, при наличии у них склонностей к агрессии и доминации. Подобные взаимосвязи между гомосексуальной ориентацией и нарушением семейных связей отмечают и другие авторы [324], которые считают, что в этих случаях возникает страх перед гетеросексуальным поведением, минуемый в гомосексуальных связях.

Sokolik и Szostak [288], обсуждая психоаналитическую концепцию происхождения гомосексуального поведения, пишут, что эмоционально гомосексуальный партнер является амбивалентным, а связь с ним имеет сильно выраженные садомазохистские черты. При этом подсознательно партнер отождествляется с одним из родителей, или отношения с ним как бы копируют отношения родители—дети, а в других случаях происходит аутоидентификация собственной личности с партнером, которая как бы продолжает незавершившуюся аутоидентификацию с личностью отца или матери.

С проблемой гомосексуализма в экспертной практике чаще приходится встречаться в следующих ситуациях:

бракоразводные дела, в которых одна из сторон обвиняет другую в гомосексуализме, либо признает подобные наклонности у себя;

в делах об изнасиловании, когда обвиняемый отрицает возможность совершения им инкриминируемых действий под предлогом наличия гомосексуальной ориентации полового влечения;

в делах о совершении педофильных действий гомосексуального характера;

в делах об убийстве гомосексуального партнера[*Уголовным законодательством Польши не предусматривается самостоятельной ответственности за добровольное совершение гомосексуальных действии между партнерами, возраст которых больше 15-летнего.].

В последние годы с гомосексуализмом все реже приходится сталкиваться не только в экспертной, но и в клинической практике. Однако это объясняется не уменьшением абсолютного числа гомосексуалистов, а отмечаемым в Польше повышением пермиссивности половой морали на фоне одновременного снижения уровня гомофобии.

И. НАРУШЕНИЯ ПОЛОВОЙ АУТОИДЕНТИФИКАЦИИ

Транссексуализм

По определению К. Имелинского [144]: “Транссексуализм заключается в несоответствии психического чувства собственного пола и морфобиологической структуры тела, а также социального (метрического) пола, которые воспринимаются как нечто “чужое”, принадлежащее противоположному полу”. Транссексуалисты чувствуют неприязнь к собственному телу и ожидают от окружения поведения и поддержки, подтверждающих собственное восприятие пола. Нередко эти ожидания умышленно провоцируются переодеванием в характерную для противоположного пола одежду и подстраиванием своего поведения под типичное для другого пола. Walinder [328] считает, что транссексуализм является довольно распространенным нарушением, а его главными чертами являются убежденность в собственной принадлежности к противоположному полу, ненависть к чертам своего тела, которые подтверждают принадлежность к психически неприемлемому биологическому полу, и неудержимая потребность изменения своего биологического и паспортного пола. Как таковая сексуальная жизнь не играет для них важной роли, а во многих случаях у транссексуалистов отмечаются черты психической незрелости. Неисполнение желания смены пола может явиться у транссексуалиста причиной самоубийства.

Bomba и Godlewski [30] при изучении проблемы транссексуализма и обследовании транссексуалистов выявили у них следующие характерные особенности: чувство отверженности, потребность обратить на себя внимание, инфантилизм, импульсивность, эгоцентризм, иллюзорность представлений, манерность, гомосексуальные тенденции. Обследовав 60 транссексуалов, Hoenig и Kenna [126] установили, что чем чаще у них встречались психические расстройства, тем чаще отмечалось и асоциальное поведение (например, в 31% случаев имело место проституирование). На основе анализа обширной литературы Dulko [68] приходит к заключению: “Не исключается, что в процессе половой идентификации решающая роль принадлежит влиянию той среды, в которой происходило воспитание данного индивида. Вероятнее всего этот процесс, как, впрочем, и многие другие, также находится под влиянием генетических и эндокринных факторов, а возможно, и ряда других неизвестных до настоящего времени воздействий”. К. Имелинский [144] придерживается подобных же взглядов на генез транссексуализма.

Проанализировав имеющийся объем знаний о транссексуализме, имея значительный опыт проведения хирургического изменения пола и последующего катамнестического наблюдения за подвергшимися такой операции лицами, Lothstein [203] пришел к выводу, что данный способ медицинской коррекции транссексуализма не может быть признан оптимальным и не должен рекомендоваться в качестве актуального пути решения этой проблемы. По его мнению, при изучении транссексуализма очень мало внимания было уделено проблеме вторичного транссексуализма[*См. также список литературы № 371,380, 390, 399, 405, 410.]

Синдром неразличения сексуального объекта

Этот синдром проявляется в удовлетворении субъектом сексуальных потребностей путем контактов с различными сексуальными объектами. Причем актуальным для этих лиц является тот объект, который наиболее доступен в настоящий момент времени, а его сексуальная привлекательность элементарно достаточна для обеспечения развития необходимого уровня полового возбуждения. Практически лица с этим синдромом совершают все многообразие возможных форм сексуальных действий — и педофильные,

и гетеро-, и гомосексуальные, и инцестные, и зоофильные и другие сексуальные контакты. Таким образом, их сексуальное поведение является как бы полидевиантным.

Личность страдающих данным синдромом субъектов характеризуется импульсивностью, сниженным порогом сексуальной реактивности (возбуждение наступает быстро, уровень его высокий), сексуальное поведение контролируется лишь в незначительной степени либо вообще не поддается контролю, каждый сексуальный объект рассматривается только в контексте фантома для реализации полового возбуждения.

Наличие этого синдрома чаще отмечается у субъектов с патологическим развитием личности, у страдающих психопатологией и у деградировавших алкоголиков.

К. ДЕВИАНТНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ

Под девиантными тенденциями понимают либо наличие у субъекта в тематике эротических сновидений и сексуальных фантазий (в том числе сопровождающих мастурбацию, рассматривание порнографии, совершение полового акта) представлений о собственном участии в девиантном поведении, либо, связанное с сексуальным возбуждением или достижением оргазма, ощущение потребности в таком поведении. Иной формой девиантных тенденций является спорадический опыт поведения девиантного типа, чаще осуществленного случайно или из-за любопытства.

Диагностика девиантных тенденций осуществляется путем анализа как количественного, так и качественного критериев. Количественным критерием служит частота проявления девиационных фантазий и потребностей, а также девиантного поведения у данного субъекта по отношению к нормальной гетеросексуальной ориентации и активности (являются ли они единичными, спорадическими или же проявляются чаще). Качественным критерием является степень выраженности девиационной ориентации по отношению к гетеросексуальной (какая из ориентации имеет доминирующий характер и в какой степени). Диагностика основывается на анализе сексуальной биографии обследуемого лица, а также на применении дополнительных методов исследования. Среди последних наибольшее значение имеют психологические методы, позволяющие выявить скрытые или скрываемые девиантные тенденции.

Описываемое явление довольно широко распространено в человеческой популяции. Большинство лиц, имеющих сексуальные девиантные тенденции, заглушают их в себе, а у многих из них только лишь само осознание наличия таких потребностей вызывает страх.

Может сложиться впечатление, что появление девиантных тенденций является предвестником сексуальных девиаций или психических заболеваний. Однако многочисленные клинические наблюдения за обратившимися к врачам лицами, обеспокоенными наличием у них таких тенденций, показывают, что в подавляющем большинстве случаев не требуется даже оказания им какой-либо лечебной помощи.

Л. СЕКСУАЛЬНЫЕ ДЕВИАЦИИ

Теории возникновения сексуальных девиаций, их формы и особенности, а также результаты изучения отдельных видов девиаций широко обсуждаются в работах многих исследователей [142, 144, 3676 378, 380], поэтому дублирование этих данных в настоящей книге просто нецелесообразно. Остановимся лишь на обсуждении некоторых последних публикаций, посвященных проблеме сексуальных девиаций.

Исследуя причины возникновения сексуальных девиаций, Dietz и Evans [62] отметили, что содержание популярных порнографических изданий может иметь связь с развитием девиантных потребностей и появлением девиантного поведения. Ориентируясь на метапсихологию психоанализа, Koning и Jenner [173] подчеркивают, что оральные, анальные, уретральные и садистические сексуальные потребности

занимают прочное место в нормальной сексуальности. На основе изучения содержания сексуальных фантазий у мужчин разного возраста этот тезис был подтвержден и другими исследователями [143]. Причем на значение содержания фантазии, сопровождающих мастурбацию в детском и подростковом возрасте, в развитии сексуальных девиаций указывают многие современные исследователи.

В последнее время перечень классических сексуальных девиаций значительно пополнился новыми, ранее неизвестными, формами, возникновение которых обусловлено техническим прогрессом (телефон, телевизор, видеотехника), обычаями некоторых современных субпопуляционных течений (например, групповой секс в коммунах хиппи) или действием некоторых химических веществ (например, фармакогенный оргазм, наступающий под действием некоторых наркотиков).

Распространенность сексуальных девиаций в человеческой популяции по-разному оценивается различными исследователями. По данным Мс Сагу [215], проявления садизма отмечаются у 5% мужчин и 2% женщин, мазохизма — у 2,5% мужчин и 4,6% женщин, трансвестизма — у 1% людей (причем в 25% случаев он имеет гомосексуальную ориентацию).

Приведем перечень и краткое описание сексуальных девиаций, которые наиболее часто включаются в сексологические классификации:

фетишизм (сексуальный символизм, сексуальный парциализм [*Прим. перевод.]) — объектом полового влечения является часть тела, одежда или какой-либо иной предмет, символизирующий сексуального партнера. (Апотемнофилия — сочетающаяся с садомазохизмом разновидность фетишизма, при которой роль фетиша играют уродства тела[*Прим. перевод.]);

пигмалионизм (монументофилия, иконолагния[*Прим. перевод.]) — разновидность фетишизма, сочетающаяся с вуайеризмом, при которой роль фетиша играют изображения человеческого тела (картины, статуи, статуэтки, фотографии);

нарциссизм (аутофилия, аутоэротизм, аутоэрастия[*Прим. перевод.]) — объектом полового влечения является собственное тело (разновидность фетишизма);

аутомоносексуализм— как и при нарциссизме, объектом полового влечения также является собственное тело (чаще его зеркальное отражение), но имеющее сходство с телом субъекта противоположного пола, достигаемое при помощи одежды и соответствующих манер (разновидность фетишизма);

гетерохромофилия — объектом полового влечения является только партнер с другим цветом кожи (разновидность фетишизма);

ретифизм — разновидность фетишизма, сочетающегося с мазохизмом, при которой роль фетиша играет обувь (а иногда и другие предметы из кожи);

трансвестизм (эонизм, метатропизм[*Прим. перевод.]) — половое удовлетворение достигается при переодевании в одежду другого пола;

цисвестизм — разновидность трансвестизма, при которой отмечается стремление к надеванию одежды не противоположного, а своего же пола, но типичной для другого возраста, либо иной социальной группы;

гомесвестизм — разновидность трансвестизма, сочетающаяся с фетишизмом, при которой сексуальное удовлетворение достигается при одевании одежды своего же пола, но принадлежащей другому человеку;

педофилия (инфантосексуализм, падерозия[*Прим. перевод.]) — половое влечение к детям (некоторыми исследователями рассматривается как разновидность фетишизма, в которой роль фетиша играют черты незрелого детского тела, а пол ребенка при этом не играет существенной роли[*Прим. перевод.]);

партенофилия — половое влечение к зрелым девственницам (сексуально неопытным зрелым молодым субъектам[*Прим. перевод.]);

эфебофилия — половое влечение к мальчикам-подросткам, юношам[*Прим. перевод.];

нимфофилия — половое влечение к девушкам-подросткам, юным девушкам;

геронтофилия (пресбиофилия[*Прим. перевод.]) — половое влечение к лицам старшего возраста, к старикам;

зоофилия (содомия, зооэрастия, зооступрум, бестиофилия, скотоложство[*Прим.

перевод.]) — половое влечение к животным;

зоосадизм — разновидность зоофилии и садизма, заключающаяся в получении сексуального удовлетворения от мучения животных (сродни ктиномании — патологическому влечению к живодерству[*Прим. перевод.]);

сексуальный садизм (эрототиранизм, активная алголагния[*Прим. перевод.]) — половое удовлетворение, получаемое путем причинения страдании или унижении сексуальному партнеру[*Некоторые авторы к проявлениям сексуального садизма относят и копрофемию — желание произносить в присутствии лица другого пола бранные, нецензурные слова и циничные выражения (их произнесение по телефону именуется телефоноскатофилия)];

флагеллантизм (активный флагеллантизм, флагелляция, дипольдизм[*Прим. перевод.]) — разновидность садизма, при которой удовлетворение получают путем бичевания партнера, реже — самобичевания (последняя форма чаще относится к садомазохизму или мазохизму[*Прим. перевод.]);

салиромания — получение сексуального удовлетворения в результате мазания других людей грязью, калом, мочой, кровью и т.д. (разновидность садизма);

поллюционизм — разновидность салиромании, заключающаяся в стремлении пачкать людей семенной жидкостью[*Прим. перевод.];

“накалывание” — разновидность садизма, при которой удовлетворение доставляет укалывание партнера различными острыми инструментами (некоторыми авторами относится к разновидности салиромапии; близко к этому явлению стоит стремление к локальному прижиганию тела сексуального партнера, например, горящей сигаретой[*Прим. перевод.]);

некрофилия (некромания, ликантропия[*Прим. перевод.]) — половое влечение к трупам и совершение с ними сексуальных действий. (Одними исследователями это явление выделяется в самостоятельную форму сексуальных девиаций, другими рассматривается как разновидность фетишизма (при которой в роли фетиша выступает мертвое тело) в сочетании с садизмом или без такового, третьими — как разновидность садизма.) Близко к этому явлению находится влечение к сексуальным действиям со спящими или находящимися в бессознательном состоянии людьми, с тяжелобольными и умирающими, а также сексуально окрашенная повышенная заинтересованность трупами, кладбищами, похоронным ритуалом и всем тем, что так или иначе связано со смертью и умершими. Крайней формой некрофилии является некросадизм (бертранизм) — стремление к осквернению трупа и надругательству над ним (чаще в форме отрезания молочных желез, вырезания половых органов) и некрофагия — поедание частей трупа (часто — половых органов). И некрофагия, и некросадизм иногда сочетаются с предварительным убийством жертвы, либо получение сексуального удовлетворения сопряжено именно с самим процессом убийства[*Прим. перевод.];

вампиризм (сексуальный вампиризм[*Прим. перевод.]) — сексуальное удовлетворение наступает при ощущении вкуса крови партнера (чаще кровь партнера получают в процессе коитуса или предваряющих его ласк путем нанесения укусов; ряд исследователей относят это явление к проявлениям некросадизма[*Прим. перевод.]);

мазохизм (пассивная алголагния, пассивитизм, пассивный флагеллантизм[*Прим. перевод.]) — получение сексуального удовлетворения при унижениях и физических страданиях, причиняемых сексуальным партнером (некоторые исследователи объединяют садизм и мазохизм в одну общую форму сексуальной девиации — садомазохизм, считая, что они являются дополняющими друг друга формами получения сексуального удовлетворения и иногда чередуются у одного и того же лица[*Прим. перевод.]) [*Одной из форм мазохистского поведения является так называемый сексуальный метаморфизм, при которой мазохист играет роль слуги (пажизм), невольника (сервелизм) или животного своего “хозяина”.];

танатофилия (танатоминия[*Прим. перевод.]) — разновидность мазохизма, заключающаяся в получении сексуального удовлетворения в ходе фантазий на тему собственной смерти и погребения (более широко — влюбленность в тематику, связанную со смертью; мазохистский эквивалент некрофилии[*Прим. перевод.]);

экскрементофилия (пикацизм[*Прим. перевод.]) — сочетание мазохизма и

фетишизма, при котором человеческие выделения играют роль фетиша (в виде их обнюхивания, ощупывания, проглатывания или обмазывания себя ими; по последнему принципу некоторые авторы подразумевают под поллюционизмом обмазывания себя спермой, в связи с чем относят его к экскрементофилии[*Прим. перевод.]);

ренифлекс (озолагния, осфрезиофилия[*Прим. перевод.]) — разновидность экскрементофилии, при которой роль фетиша играет специфический запах объекта сексуальных предпочтений (обонятельный фетишизм[*Прим. перевод.]);

урολагния (урофилия[*Прим. перевод.]) — разновидность ренифлекса, при которой обонятельным фетишем служит запах мочи (при копролагнии фетишем служит запах кала, при спермолагнии — запах семенной жидкости и т.п.; вкусовым эквивалентом экскрементофилии является поедание или питье выделений — урофагия, копрофагия, спермофагия[*Прим. перевод.]);

фроттаж (фроттеризм[*Прим. перевод.]) — получение сексуального удовлетворения путем прикосновения (или трения) половыми органами к различным частям тела избранного объекта в толпе, в тесноте (например, в транспорте; одними исследователями под этим термином подразумевается сексуальная девиация, являющаяся разновидностью эксгибиционизма[*Эксгибиционизм — сексуальная девиация, основанная на демонстрации собственных половых органов незнакомым лицам и вне обстановки, связанной с приготовлением к половому акту, с целью получения сексуального удовлетворения.], другими — разновидность петтинга[*Прим. перевод.]);

кандаулезизм — разновидность эксгибиционизма, сочетающаяся с мазохизмом, основанная на достижении сексуального возбуждения при демонстрации обнаженной собственной жены или партнерши другим мужчинам;

плюрализм (сексуальный плюрализм[*Прим. перевод.]) — групповой секс, разновидность эксгибиционизма в сочетании с вуайеризмом;

триолизм — разновидность сексуального плюрализма, заключающаяся в сексуальных действиях между тремя партнерами, два из которых имеют одинаковый пол;

вуайеризм (скопофлия, скоптофилия, миксоскопия, визионизм[*Прим. перевод.]) — влечение к подглядыванию за половым актом или обнаженными объектами сексуальных предпочтений (специфической разновидностью вуайеризма является сверхценное увлечение порнографией[*Прим. перевод.]);

эксаудиризм — акустический эквивалент вуайеризма;

клизмофилия — получение сексуального удовлетворения путем введения жидкости или медицинских свечей в прямую кишку;

пиролагния — получение сексуального удовлетворения от созерцания огня, зрелища пожара (осуществления поджога с этой целью — пиромания)[*Как видно из приведенного перечня сексуальных девиаций, разделение их на отдельные “виды” весьма условно и неоднозначно, а их “нозологическое” определение порой достаточно путанно, симптоматично и нередко малоудовлетворительно с семантической точки зрения. Отнесения сексуальных предпочтений конкретного лица к тому или иному виду девиации затрудняется еще и тем, что у многих субъектов отмечается не только количественное сочетание отдельных симптомов разных девиаций, но и их тесное переплетение, взаимопроникновение и слияние в такие комплексы, которые не позволяют провести их однозначную идентификацию с известными видами нарушений сексуального поведения. Это положение усугубляется тем, что практически каждый “вид” сексуальной девиации помимо прочего может иметь еще и оттенок гетеро-, гомо- или бисексуальных предпочтений. В связи с этим более целесообразным и удобным в практическом отношении является не приспособление выявленных у обследуемого лица симптомов к существующим терминологическим категориям (и тем более не дальнейшее усложнение классификации сексуальных девиаций за счет изобретения новых терминов), а феноменологическое описание установленных в процессе обследования нарушений полового влечения.].

Садизм

В литературе встречается два определения этого термина—в узком и широком смысле слова. Определение садизма как формы сексуальной девиации, при которой достижение сексуального удовлетворения наступает в процессе причинения партнеру боли, телесных повреждений или унижения [36], является более узким и конкретным. Значительно шире и всеобъемлюще определяет садизм Имелинский [144]: “Садизм заключается в том, что сексуальное наслаждение возникает в сексуальной ситуации, связанной с доминированием и безусловным подчинением партнера. Это — потребность полного господства над другим человеком, овладения им и подчинения его в такой значительной мере, что ему можно даже причинять боль и унижения. Господство над человеком, как особая форма связи с ним, создает чувство удовлетворения, причем формы господства могут быть как в социальном, так и в индивидуальном плане выгодными для подчиненного”. В этом контексте садизм является феноменом, сопровождающим человечество на всех этапах его существования, имеющим различную, в том числе и биологическую, обусловленность. Культура, общество, педагогика, нарушая, с одной стороны, определенные модели и образцы поведения человека, с другой — канонизируют садистические тенденции в определенных, исторически и социально апробированных, рамках (например, бокс, коррида, скачки, публичные экзекуции, произведения литературы и кинематографии на военную тематику и т.п.). Проявления садизма в его широком определении тесно связаны с понятием агрессивности — явления, достаточно широко распространенного в любом человеческом сообществе.

В контексте конкретного определения садизма — в большинстве случаев он реализуется в отношениях с мазохистски сориентированным партнером, связь с которым может быть не только продолжительной по времени, но и глубоко удовлетворяющей обе стороны. В других, не менее многочисленных случаях, садистские наклонности реализуются только в сексуальных фантазиях, будучи подавляемыми в реальной жизни. Подобное ограничение реализации потребностей может быть обусловлено боязнью утраты актуального партнера, страхом перед возможным наказанием или другими, как правило, социокультурными либо психоэмоциональными факторами.

С открытыми проявлениями сексуального садизма общество сталкивается в основном только в тех случаях, когда само его проявление сопряжено с совершением преступления. Подобные акты чаще совершаются людьми, страдающими психопатологией (патологическое развитие личности, психическое заболевание, алкогольная деградация личности и т.п.). Причем, по данным ряда исследований, распространенность неврозов среди садистов и мазохистов ниже, чем среди лиц, страдающих другими сексуальными девиациями, хотя и выше, чем в контрольной группе.

Распространенность сокрытия сексуального садизма в мире грез и фантазий, либо во взаимно приемлемых связях садистов с мазохистами была установлена при проведении ряда посвященных этому вопросу исследований [53, 108].

Мазохизм

Сущность этого явления определяется как противоположная сущности садизма. По мнению многих исследователей-психоаналитиков, мазохизм более типичен для женщин и поэтому чаще встречается в их среде. Однако подобные утверждения вызывают определенные сомнения в их справедливости.

Поскольку данная девиация не представляет сколько-нибудь серьезной опасности для общества, то, естественно, и в судебно-сексологической практике она фактически не встречается. Лишь изредка приходится сталкиваться со случаями особого проявления мазохизма — самоудавлением и подверганием себя воздействию технического электричества. Если эти действия приводят к серьезным телесным повреждениям или заканчиваются смертью, то подобные случаи попадают в поле зрения судебных медиков[*Подобные случаи могут иметь и существенное криминологическое и криминалистическое значение при изучении причин самоубийства, под которые они маскируются].

Проблеме садизма и мазохизма посвящены многочисленные серьезные исследования в области психоанализа и психологии. Более узко к этой проблеме подходят сексологи, психиатры и криминологи. Анализ немногочисленных попыток медицинской коррекции этих двух видов сексуальных девиаций не вселяет оптимизма [36]. Единственными эффективными методами медицинского воздействия оказались фармакологические (гормональная и психотропная "кастрация") и хирургические (истинная хирургическая кастрация, нейрохирургические психокорректирующие операции) методы [386, 417]. Однако применение подобного "лечения" вызывает протест как со стороны медицинской, так и со стороны самой широкой общественности. Это привело к тому, что их употребление *so* многих странах законодательно было либо ограничено, либо запрещено вообще.

Апотемнофилия

По Everaerd [72], эта девиация заключается в стремлении к ампутации части собственного тела, либо в половой жизни с лицом, имеющим ампутированную конечность, культя которой выступает в роли специфического сексуального фетиша. Наиболее часто апотемнофилия встречается в сочетании с фетишизмом, трансвестизмом и транссексуализмом. Однако нельзя исключить, что у некоторых сексуальных преступников (например, у садистов), которые обрубают или отрезают части тела у своей жертвы, механизм подобного поведения обусловлен именно апотемнофилией,

Эта сексуальная девиация относится к числу одних из самых редких форм девиации. Несмотря на то что впервые она была описана в 1972 году, до настоящего времени в литературе отражены лишь единичные случаи ее проявления.

Некрофилия

Данная форма сексуальных девиаций также относится к числу редко встречающихся. По мнению Имелинского, некрофилия является одной из разновидностей фетишизма, при которой в роли фетиша выступает мертвое тело человека. В литературе редки случаи описания некрофилии. Поэтому считаем целесообразным уделить внимание одному из них, описанному в последние годы [95].

Эдмунд К. родился 24 октября 1947 года в семье рабочих вторым из двух сыновей, имеет неполное среднее образование, по профессии слесарь. Семейный анамнез не отягощен. С 6 лет наблюдался у психоневролога в связи с "чрезмерной нервной возбудимостью". Проведенным неврологическим и психиатрическим обследованием органических поражений центральной нервной системы у него выявлено не было. Также отсутствовали и признаки умственной отсталости или психического инфантилизма. В настоящее время обвиняется в совершении трех убийств, в процессе которых вырезал у жертв половые органы, а также в пяти осквернениях трупов, сопровождавшихся теми же действиями. Во всех инкриминируемых действиях признается и подробно излагает их обстоятельства.

В процессе сексологического обследования установлено, что либидо у освидетельствуемого появилось в возрасте около 10 лет. В этом же возрасте стал практиковать мастурбацию, частично реализуя ее в контактах с другими мальчиками. Эти действия проистекали при особых обстоятельствах — мальчики мастурбировали на старом кладбище среди могил и разбитых гробов, либо ходили подсматривать за вскрытием трупов, производившимся в ближайшем морге, и в это время мастурбировали поодиночке или всей группой.

В 16 лет подэкспертный имел несколько неудачных попыток совершения полового акта с ровесницами, после чего стал красть женскую одежду, использовать ее при мастурбации в качестве фетиша. Иногда при этом сам одевался в украденную женскую одежду. Тогда же впервые был осужден за совершение похотливых действий с девушками. Во время отбытия наказания в тюрьме дважды был насильственно использован в качестве пассивного партнера при мужеложстве.

В 1969 году после освобождения из тюрьмы была очередная неудачная попытка

совершения полового акта — отреагировал на нее попыткой самоубийства (вскрыл ножом брюшную полость). Закончив лечение, встретил зрелую женщину, которая обучила его технике полового сношения.

В 1970 году женился, брак оказался неудачным (развод — во время отбытия наказания в связи с вторичным осуждением), от брака имеет ребенка. В браке впервые совершил сексуальные действия с трупом — воспользовался доступностью трупа умершей соседки по квартире (старой женщины), ощупывал его, вводил палец во влагалище и при этом мастурбировал. Затем, в том же году, случайно познакомился с женщиной и договорился с ней о совершении полового акта. Женщина пригласила его к себе домой и по пути к дому, проходя через лес, К. убил ее, вырезал у трупа половые органы, которые затем использовал в качестве фетиша при мастурбации. Позднее стал нападать на незнакомых женщин, которых поджидал в укромных местах, под угрозой ножа ощупывал их половые органы, а после достижения полового возбуждения убегал и совершал мастурбаторный акт. Одновременно продолжал красть женское белье, также используемое в качестве фетиша при мастурбации.

Боясь наказания за совершаемые действия, в 1972 году впервые раскопал могилу, вскрыл гроб, в котором оказался частично разложившийся труп старой женщины. Пытался совершить с трупом половой акт, но поскольку это было технически невозможно, то удовлетворился ощупыванием трупа и мастурбацией. Вскоре после этого случая был задержан за имевшее ранее нападение на женщину и направлен на обследование в психиатрическую больницу. Во время нахождения в больнице неоднократно безуспешно пытался проникнуть в больничный морг. Был осужден на 9 лет, из которых в заключении находился только семь. Гомосексуальных контактов при отбытии этого наказания не имел.

После освобождения короткий период времени вел нормальную половую жизнь с несколькими женщинами, а в 1980 году решился на поиски очередного трупа. С этой целью незаметно проник в часовню на сельском кладбище, вырезал у находящегося там трупа женщины половые органы и молочные железы, которые затем дома пришил к изготовленному из тряпья манекену. Во время мастурбации постепенно снимал одетую на манекен женскую одежду, ощупывал пришитые к нему груди и половые органы, одновременно нежно разговаривал с манекеном, как с живой женщиной. После неоднократного использования таким образом половые органы выбрасывал или сжигал, а манекен размонтировал. Подобным образом поступал и в каждом последующем случае, когда добывал половые органы из трупа.

С конца 1980 года стал сожительствовать с имеющей ребенка разведенной женщиной, причем ее бывший муж первое время проживал в той же квартире. После того как обследуемый вновь оказался в тюрьме, сожительница бросила его и повторно вышла замуж. От связи с этой женщиной имеет второго ребенка.

В 1981 году с целью спекуляции приехал в предместье Варшавы, где ночью был обворован случайной знакомой, обманным путем выставившей его “налегке” на улицу. Бесцельно прогуливаясь по местечку среди ночи, увидел на улице одиноко идущую женщину и решил вырезать у нее половые органы. Убил женщину несколькими ударами, осуществил свой замысел и утром вернулся в Познань.

В 1982 году вновь проник в кладбищенскую часовню и вырезал половые органы у находившегося там трупа женщины. В тех же целях спустя 9 месяцев опять вернулся на это кладбище, но трупа не нашел и тогда убил случайно встреченную 11-летнюю девочку и вырезал половые органы из ее трупа. По прошествии нескольких недель на другом кладбище вскрыл свежую могилу и вырезал у трупа молочные железы и половые органы. Аналогичные действия осуществил тремя месяцами позже.

Спустя 5 месяцев, в мае 1983 года, после просмотра фильма “Волчица”[*В основе сюжета лежат взаимоотношения в группе подростков с асоциальным поведением. Целый ряд моментов в фильме содержит подчеркнуто натуралистическое изображение жестокости на грани с садизмом] ощутил сильное половое возбуждение и ближайшей ночью вновь отправился на кладбище. Раскопал могилу, вскрыл гроб и с помощью перекинутой через ограду веревки вытащил из могилы труп женщины. Решил снять с трупа всю кожу передней поверхности туловища вместе с молочными железами и

половыми органами и для этого стал отделять ее с уровня плеч, но в это время был замечен нарядом милиции, от которого убежал. Придя домой, решил убить первую зашедшую в квартиру женщину (кроме сожительницы) и снять с нее кожу подобным образом. Через несколько дней был арестован.

После тщательного и детального анализа обусловленности совершенных обследуемым действий и руководящих этими действиями механизмов, были сформулированы следующие выводы:

1. Сексуальные потребности Эдмунда К. имеют гетеросексуальную направленность, сила их проявления находится в пределах физиологической нормы.

2. У обследуемого отмечаются обширные нарушения в области реализации сексуальных потребностей, имеющие характер сексуальных отклонений, обозначаемых как фетишизм и некрофилия.

3. Обследуемый не утратил способности к нормальной половой жизни, а имеющиеся у него отклонения сексуального поведения не обусловлены половым бессилием (импотенцией)

4. В основе совершенных Эдмундом К. убийств лежат сексуальные мотивы, но данные действия не являются убийством из похотливости (сексуальным садизмом), так как сам процесс убийства не имел сексуальной окрашенности.

Глава V

Прогноз при сексуальных расстройствах

В основе прогноза эффективности лечения сексуальных нарушений лежит анализ биографических, личностных и партнерских характеристик больного, причин развития у него сексуальных нарушений, типа нарушений, времени их возникновения и течения, а также факторов, которые могут иметь значение для определения исхода лечения.

Можно выделить следующий комплекс факторов, положительно влияющих на исход лечения [142, 172, 201, 207, 212, 213,.228, 276, 295, 323, 344]:

1. Биографические факторы: вынесенный из семейной среды позитивный опыт; нормальная сексуальная атмосфера в семье; неконфликтные отношения с родителями; наличие братьев и сестер; позитивные контакты с ровесниками; успех при получении образования, профессии, в профессиональной деятельности.

2. Факторы психосексуального развития: отсутствие психосексуальной травматизации в детстве; нормальные сроки полового созревания; наличие мастурбаторного опыта при отсутствии его негативной оценки; наличие опыта нормальных товарищеских взаимоотношений с лицами своего, а позже — и противоположного пола, одобрение этих взаимоотношений; сексуальная инициация в возрасте 17—20 лет; отсутствие догматизма в делах секса; оптимальное (не заниженное и не завышенное) восприятие значения секса в жизни; позитивная самооценка в сексуальной роли; хорошее сексуальное воображение.

3. Партнерские факторы: удавшаяся чувственная связь с партнером, чувственное увлечение им; поддержка в лечении со стороны партнера; доброжелательность партнера и его понимающее отношение к сексуальным проблемам больного.

4. Факторы, обусловленные сексуальным нарушением: небольшая длительность нарушения (до полутора лет), функциональный его характер.

5. Факторы, связанные с ходом лечения: наличие у больного позитивных установок на лечение; высококвалифицированный лечащий врач; правильность диагностики и выбора лечебной тактики; сотрудничество врача с партнером больного.

К негативно влияющим на исход лечения факторам следует отнести: первичный характер сексуального расстройства; длительно протекающее расстройство; низкий уровень самооценки больного в сексуальной роли; высокий уровень невротизации; недооценка или сверхценное восприятие больным сексуальной стороны жизни; наличие психосексуальной травматизации в анамнезе; развитие сексуального нарушения на органическом фоне с тяжелым течением [295].

Глава VI

Методы лечения сексуальных нарушений

Практика лечения сексуальных нарушений начала бурно развиваться с 60-х годов XX столетия. За прошедший период были разработаны, теоретически обоснованы и внедрены в практику многочисленные и разнообразные лечебные методы, выявлены показания и противопоказания к их применению, произведена оценка эффективности конкретных методов лечения. Динамическое развитие сексиатрии[*Сексиатрия — раздел практической медицины, занимающийся лечением сексуальных нарушений. В отечественной медицине клинический раздел сексологии принято называть сексопатологией] продолжается, причем темпы ее развития во многом опережают таковые в других разделах практической медицины. Столь стремительное развитие можно объяснить следующими причинами: за последние десятилетия на междисциплинарной основе произошло формирование сексологии в самостоятельную отрасль знаний; были разработаны и внедрены в сексологическую практику новые, специальные методы диагностики и усовершенствованы имевшиеся ранее; для лечения сексуальных нарушений широко используются апробированные методы других клинических дисциплин, особенно психотерапии.

Вопросы сексиатрии широко освещены в ряде литературных источников[26, 141, 144, 302, 366, 367, 378, 380], публикации на эту тему содержатся также в сборниках научных трудов и в некоторых периодических изданиях. Все существующие методы лечения сексуальных нарушений можно разделить на следующие группы:

I. Фармакотерапия

Медикаментозная терапия преобладает в амбулаторном лечении и более эффективна при лечении сексуальных нарушений, возникших на органическом фоне. Для этих целей чаще применяются следующие типы лекарственных средств:

нейролептики;

местноанестезирующие средства;

психостимуляторы и антидепрессанты;

общеукрепляющие средства;

гормональные препараты;

средства, избирательно действующие на сексуальную возбудимость (иохимбин, стрихнин).

II. физиотерапия

Методы физического воздействия при лечении сексуальных нарушений преобладали в XIX и начале XX века. Затем они были неоправданно забыты сексологами и сейчас переживают период возрождения, что в первую очередь обусловлено появлением ряда принципиально новых эффективных методов физиотерапии. Наиболее часто эти методы используются в лечении сексуальных нарушений, развившихся на органическом фоне, но в целом ряде случаев они обладают значительной эффективностью и при лечении функциональных сексуальных расстройств. В сексиатрии наиболее употребимыми являются:

электрофорез, импульсная электротерапия;

гидротерапия;

термотерапия, грязелечение;

магнитотерапия, индуктотермия;'

акупунктура, электроакупунктура, аурикулоакупунктура;

вибротерапия, массаж, механотерапия;

квантовая гамма-терапия.

III. Тренинговые методы

Тренинговые методы — это наиболее распространенные в настоящее время методы психотерапевтического воздействия при лечении сексуальных нарушений. Их широкое распространение обусловлено тем, что они довольно быстро дают положительный эффект при лечении сексуальных расстройств функционального типа, а иногда и при их развитии на органическом фоне. Существуют специально разработанные программы применения тренинговых методов не только для лечения сексуальных нарушений у конкретного больного, но и для лечения сексуальных нарушений в конкретной партнерской связи. К наиболее популярным тренинговым методам относятся:

программа Мастерса и Джонсона;
релаксационный тренинг;
систематическая десенсибилизация;
аверсионное лечение;
подражание;
самоконтроль;
техника терапевтической мастурбации;
тактильный коммуникативный тренинг;
эмоциональный тренинг.

IV. Гипнотерапия

Методы лечения, основанные на внушении во время гипнотического сна, известны издревле и имеют богатые традиции. В сексиатрии они чаще используются при лечении функциональных сексуальных расстройств и сексуальных девиаций. В настоящее время имеются специальные публикации, в которых освещаются вопросы применения гипноза в целях сексиатрии, специально для сексологов организуется обучение гипнотерапии.

V. Психотерапия

Психотерапия охватывает несколько десятков методов воздействия на больного. Наибольшее распространение из них в сексологической практике получили методы рациональной психотерапии, негипнотической суггестивной психотерапии, психоаналитические методы (малораспространенные в Польше), либротерапия (лечение чтением), музыкотерапия, методы медитации. Психотерапевтическое воздействие играет наиболее важную роль в комплексе методов сексологического лечения, а во многих случаях является его единственной формой.

VI. Партнерская психотерапия

Это наиболее динамично развивающееся направление лечения сексуальных нарушений, рассматривающее сексуальные проблемы с перспективы взаимодействия между партнерами. То есть партнерская психотерапия направлена на лечение партнерской связи как целого, а не на лечение двух составляющих ее лиц по отдельности.

VII. Групповая психотерапия

Данный метод лечения находит все большее признание и распространение в сексологической практике, особенно в странах Запада. В основе метода лежит использование в лечебных целях динамических процессов в определенной группе больных, которые прежде всего возникают между самими пациентами и в меньшей степени — между пациентами и врачами[*Этот метод лечения следует отличать от психотерапии в группе больных, при которой используются принципы индивидуальной психотерапии, но одновременно применяемые к нескольким пациентам].

Применение некоторых методов, используемых для лечения сексуальных нарушений, вызывает возражения общественного мнения, в отдельных странах — конфликт с действующим законодательством. К этим методам в том числе относятся и такие демонстрации пациентам изображений сексуальной тематики, которые могут быть отнесены к порнографии. Особое возражение вызывает использование этих методов при одновременном лечении партнерской пары или группы больных, осуществляемом с привлечением средств техники (видео, кино- и диапроекция). Такая практика

распространена в специальных сексологических школах некоторых стран[*Имеются в виду сексиатрические учреждения (как правило, частные), амбулаторное лечение в которых организуется по клубному принципу с использованием в первую очередь тренингового метода подражания и метода групповой психотерапии].

К категории подобных “возмутителей общественного мнения” относятся и методы, основанные на использовании в лечебных целях так называемого “заместительного партнера” — специально подготовленного человека, который в процессе личного сексуального контакта с больным по специальной программе производит его обучение определенным приемам сексуального поведения, либо половая жизнь с которым способствует закреплению у больного достигнутого лечебного эффекта, что называется, “на живом примере”. Наибольший накал страстей разгорается вокруг случаев, в которых роль “заместительного партнера” играет лечащий врач. К аналогичному разряду методов относится и использование в качестве заместительного партнера специального манекена (например, имеющей анекдотичную популярность “резиновой женщины”).

Применение подобных методов категорически отвергается и частью специалистов-сексологов. Другая их часть к подобной лечебной тактике относится более либерально. Однако не только широкая общественность, но и большинство сексологов категорически протестуют против использования для “лечения” сексуальных нарушений таких якобы “социально гуманных” методов, как психохирургия или фармакологическая кастрация, применяемых, например, в отношении сексуальных преступников, что приводит к утрате ими либидо [417].

Следует отметить, что вся история медицины, как в области теоретической, так и в практической, насыщена борьбой противоречий. Вместе с тем накал страстей в области сексологии всегда имеет особый характер, так как до настоящего времени не всегда можно убедительно доказать, насколько тот или иной метод лечения был использован именно во благо больного, а не для облегчения задач и жизни лечащего врача, или удовлетворения других его личных потребностей. Нам думается, что выбор конкретных методов лечения, если он продиктован единственно и исключительно добром для больного, следует оставлять на ответственности лечащего врача, а окончательное слово по этому поводу должно всегда оставаться за самим пациентом. Лечащий и лечимый как бы находятся на разных полюсах лечебного процесса, но при этом составляют одновременно и единую терапевтическую связь, определяющую в конечном итоге эффективность проводимого лечения. Именно этим лицам и принадлежит право выбора методов достижения конечной цели. Тем не менее пальма первенства несомненно должна находиться в руках страждущего, поскольку само лечение оказывает влияние не только на его личность и индивидуальную жизнь, но и на его партнерские, семейные и иные связи в обществе.

II

СЕКСУАЛЬНАЯ ПРЕСТУПНОСТЬ

Lernell [188] считает, что с юридической точки зрения под сексуальным преступлением следует понимать “такой тип человеческого поведения (и его последствий), связанного с сексуальной жизнью, который запрещен уголовным законодательством”. Некоторые исследователи [100] полагают, что необходимо различать истинные сексуальные преступления и преступления, совершенные на сексуальном фоне [*Юридические аспекты сексуальной преступности и судебной экспертизы при сексуальных преступлениях в отечественной литературе наиболее полно освещены в работах Я. М. Яковлева [382, 383]].

Уголовными кодексами разных стран определяется и разный круг сексуальных преступлений. При этом нередко встречается, что уголовное законодательство одной и той же страны на разных этапах ее истории относит к категории сексуальных преступлений различные деяния. Abraham [I] в монографии, посвященной сексуальным

девиациям, описывает нормы морали, обычаев и уголовной регламентации сексуального поведения человека, существовавшие в истории Европы. Так, германское право к сексуальным преступлениям относило изнасилование и супружескую неверность. У фризов уличенного в супружеской неверности мужа бросали в болото. Немецким правом XIII века под страхом смертной казни была запрещена половая жизнь христиан с иудеями, а также слуги с хозяйкой. Упоминание об уголовном наказании за мужеложство в Европе впервые встречается в 1267 году в немецком праве Аугсбурга. За это преступление светский суд предусматривал смертную казнь через отсечение головы, а духовный суд — умерщвлением голодом в клетке. В XV веке впервые встречается упоминание об уголовном наказании за содомию — сожжение на костре. В то же время за совершение инцеста предусматривалось лишь наложение штрафа.

В средневековой Европе постепенно происходит смягчение мер наказания за сексуальные преступления, со временем отменяются такие жестокие меры, как кастрация и депенисация. Во времена Фридриха II, Екатерины II и Иосифа II под влиянием Вольтера и других французских просветителей происходит дальнейшая либерализация законодательства, отменяется смертная казнь за совершение сексуальных преступлений. Однако бытовой и правовой ригоризм в отношении к сексуальным преступлениям господствовал в Европе вплоть до начала XX века. Истинная либерализация этих взглядов наметилась сравнительно недавно и явилась отображением процесса постепенного распространения в обществе пермиссивной половой морали. Одной из причин подобной инверсии социальных и правовых установок было развитие сексологии, способствующей созданию и распространению знаний о дифференцированных механизмах поведения человека, а также о понятии нормы в его сексуальной жизни.

Вместе с тем до настоящего времени в общественном и правовом мнении по отношению к сексу вообще и к сексуальной преступности в частности во многих регионах мира вне Европы (особенно в исламских государствах) господствует репрессивная половая мораль.

Отображением либерального подхода к проблеме сексуальной преступности может служить следующее высказывание: “Положения уголовного права относительно сферы сексуальной жизни прежде всего имеют целью охранить ту из наивысших человеческих ценностей, которой является индивидуальная свобода личности, как в смысле защиты ее от насилия и навязывания извне, так и в смысле охраны элементарного права частной жизни — относительно свободного формирования своей интимной, сексуальной жизни, если таковая не порождает оскорбления другой личности и не приносит объективного ущерба реальным интересам общества” (L. Lernell, 1974) [188].

Несмотря на то что в отношении сексуальных преступлений можно говорить о значительной либерализации как теории, так и практики польского законодательства (отмена смертной казни, ограничение сроков лишения свободы за их совершение и т.п.), тем не менее во многих социальных средах польского общества в этом вопросе по-прежнему доминируют крайний ригоризм и проявления репрессивной сексуальной морали. Не так еще редки и призывы к введению исключительной меры наказания (смертной казни) за совершение этих преступлений, кастрации совершивших их лиц, создания для них специальных лагерей и т.п. Часто с проявлением подобных позиций приходится сталкиваться и эксперту-сексологу. К сожалению, не являются исключением случаи, когда в суде приходится слышать в свои адрес обвинение в том, что “эксперт умышленно делает здорового ненормальным”. Особенно это характерно для ситуаций, в которых заключение судебно-сексологической экспертизы оказывает влияние на смягчение наказания преступника.

Глава I
Распространенность сексуальной преступности

Публикуемые данные о размерах сексуальной преступности различны. По Szabo [312], в странах Запада эти преступления составляют менее 5%, а в Швеции [196] —

около 1% от общего количества уголовно наказуемых деяний. Распространенность сексуальной преступности в Польше в 1964—1968 годах исчисляется не более чем в 0,8% от числа всех зарегистрированных преступлений [188]. S.Szelhaus [315] утверждает, что сексуальная преступность в Польше составляет ничтожный процент от общей преступности и не имеет тенденции к росту[*Сведения о распространенности и динамике некоторых видов преступности, с том числе и изнасилования, в СССР, составленные на основе опубликованных данных, изложены в приложении к книге].

Однако об истинной распространенности этого явления судить трудно, поскольку неизвестно достоверное отношение зарегистрированных преступлений к действительно совершенным. Предположения о таких соотношениях довольно различны и колеблются, например, в случаях изнасилования от 1:20 до 1:100 [387, 428,431]. Произведенные нами сопоставления между обращениями в сексологическую клинику по поводу совершения сексуальных преступлений и количеством назначаемых по профилю тех же видов экспертиз позволяют утверждать, что для сексуальных преступлений отношения зарегистрированные/совершенные представляются следующим образом: в случаях педофилии — 1:15, при изнасиловании — 1:60, в случаях эксгибиционизма — 1:85.

Не менее различные мнения существуют и о динамике сексуальной преступности в мире. Ряд исследователей полагают, что косвенным критерием динамики этого вида преступности могут служить данные о влиянии порнографии на сексуальное поведение. Так, специально созданная для изучения этого вопроса экспертная комиссия утверждает, например, что возрастание числа порнографических изданий сопутствует снижению уровня сексуальной преступности. Несомненно, что подобные “научные” выводы имеют целью оказать влияние на позицию правительств, протестующих против распространения порнографических изданий. Как следует из других исследований, увеличение объема порнографической продукции сопровождается не истинным снижением уровня сексуальной преступности, а ее видоизменением, при котором происходит перераспределение количественных показателей между отдельными видами сексуальных преступлений. При этом подчеркивается влияние порнографии на возрастание числа развратных действий с несовершеннолетними [232].

Как показывают наши наблюдения, за последние 15 лет значительно возросло количество судебно-сексологических экспертиз, проводимых по делам о совершении педофильных действий, и одновременно уменьшилось количество экспертиз, назначаемых по делам о кровосмешении. Правда, следует оговориться, что личный экспертный опыт едва ли может служить в качестве абсолютно объективного критерия динамики сексуальной преступности, поскольку она определяется не только показателями соответствующей экспертной деятельности.

Глава II
Факторы, влияющие на сексуальную преступность

В мире существует огромное количество литературы, в которой рассматриваются причины преступности, способствующие ее развитию факторы, методы ее профилактики. Многие из этих данных в равной мере имеют отношение и к сексуальной преступности. Рассмотрим только те из них, которые имеют наибольшее отношение к медицине вообще и к судебной сексологии в частности.

А. ПОЛ

Считается, что в целом преступления чаще совершаются мужчинами [41]. Причем мужчины чаще страдают и психопатологией, что отмечается уже в подростковом возрасте: мальчики чаще имеют сексуальные нарушения, а девочки — личностные; мальчики больше подвержены влияниям семейной патологии, приводящей к асоциальному поведению. У взрослых же мужчин превалирует не только преступность и психопатология, но и личностные нарушения [137]. Проявления психопатологии у женщин во многом связаны с физиологическими циклическими изменениями их

гормональной системы [41, 117, 251]. Подобная связь отмечается и между гормональными циклами и сексуальными преступлениями, совершение которых по времени часто совпадает с предменструальным периодом у преступницы. Большинство преступлений совершается женщинами, испытывающими затруднения в половой роли/идентичности, преимущественно идентифицирующие собственную роль с мужской [41]. В последнее время в мире отмечается тенденция к росту женской преступности, причем женщины все чаще совершают преступления, сопряженные с агрессией. Так, в Польше по делам об изнасиловании за 10 лет было осуждено 34 женщины, которые либо подстрекали мужчин к совершению этого преступления, либо помогали в его совершении. За тот же период по делам о развратных действиях было осуждено 20 женщин, однако не отмечено ни одного случая участия женщины в совершении сексуального убийства [171].

Kolarczyk, Kubiak и Wierzbicki [171] подчеркивают различия в агрессивности полов. Так, женщинам приписывается “пассивная” агрессивность, а мужчинам — “активная”. Причем агрессивность женщин обществом всегда оценивалась более сурово. У женщин доминируют словесные, а у мужчин — физические формы проявления агрессии. Авторы считают, что подобные половые различия в проявлениях агрессии и ее восприятии обусловлены культурно-социальными стереотипами полового поведения. В настоящее время происходит изменение стереотипов и такие явления, как рост самосознания женщин и устранение существенных различий в социализации полов, по мнению авторов, отражаются и на участии женщин в сексуальной преступности — происходит их вторжение в такие виды преступлений, которые раньше были “зарезервированы” за мужчинами. Подытоживая свою работу, авторы утверждают, что “в 60-х и 70-х годах во многих странах отмечены количественные и качественные изменения в преступности женщин, заключающиеся в особенно быстром ее росте, в совершении женщинами агрессивных преступлений с применением насилия, а также в их участии в групповых преступлениях”. Несмотря на столь бурную “феминизацию” общей преступности, в сексуальной преступности по-прежнему доминируют мужчины.

Б. АГРЕССИЯ

Существует много теорий, объясняющих явление агрессии. По Фрейду, агрессия является следствием сексуальной фрустрации. Lorenz [202] рассматривает ее как один из четырех основных инстинктов (половой инстинкт, голод, агрессия, инстинкт перемещения). Feshbach [77] считает, что агрессия может носить как врожденный, так и приобретенный характер. Storr [307] рассматривает агрессию как биологически обусловленную врожденную форму поведения, которая в человеческом мире приобрела наиболее вредный и деструктивный характер.

Musaph и Mettrop [203] выделяют семь фаз в развитии агрессии: 1-я фаза — агрессия среды; 2-я — агрессия, перенесенная на других лиц (например, на членов семьи); 3-я — агрессия, высвобождающая отрицательные эмоции в примитивном и деструктивном поведении; 4-я — косвенная агрессия, проявляющаяся в форме протеста; 5-я — косвенная агрессия, проявляющаяся в садомазохистском поведении; 6-я фаза — агрессия, реализуемая в производственной деятельности; 7-я — агрессия, реализуемая в творческой деятельности, в сублимации.

Baron [13] после обсуждения теорий биологической обусловленности агрессии отмечает значительное влияние, которое оказывают на нее социальные факторы (провокация со стороны других лиц, социальная фрустрация, негативное влияние средств массовой информации и массовой культуры), а также факторы ситуационного характера (например, алкоголизация, наркотизация). Bruschek [38] также пишет о провоцировании агрессии средствами массовой информации и массовой культуры, отмечая, что просмотр фильмов, демонстрирующих насилие, стимулирует агрессию у предрасположенных к ней лиц. Причину большей агрессивности мужчин Woody [35] видит в особенностях их гормональной системы и при этом указывает на то, что андрогенизация женщин увеличивает и агрессивность последних. Кроме отмеченных выше авторов о влиянии пола на уровень и тип агрессии пишут и многие другие

исследователи. Skorny [284], например, сообщает, что генерализованная агрессия выше у самцов животных и у мужчин в тех случаях, когда их отцы также являлись агрессивными субъектами. Pospiszyl [251] объясняет более высокий уровень агрессивности у мужчин спецификой процесса их социализации, включающей в себя “тренинг агрессивности”. Hine [125] различает аффективную и аннексивную агрессию и считает, что в механизме их обусловленности ведущая роль принадлежит нейромедиаторной системе (норадреналин, допамин, ацетилхолин, серотонин).

Все теории причин возникновения агрессии в принципе можно разделить на три основные группы: биологические, психологические и социальные. Кроме того, существуют и теории многофакторной обусловленности агрессии. К ним можно отнести теорию, которая связывает агрессивное поведение человека с предрасположенностью к нему определенных темпераментов, а также с процессом научения агрессии [181]. При этом считается, что постоянность сексуального поведения человека зависит от специфического восприятия ситуации. Если субъект получает сигналы, запороговые по отношению к типичной ситуации, и специфически их интерпретирует, то при наличии слабых механизмов контроля за поведением и закрепленных навыках реагирования агрессией на стресс, сложившаяся новая ситуация приводит к агрессивному поведению. Исследования популяции агрессивных лиц позволили установить, что у них отмечается слабая антистрессовая защита, неадекватная агрессивность, импульсивность, слабый самоконтроль, повышенная готовность к страху, сконцентрированность на настоящем, мышечный тип развития. При изучении биографий агрессивных лиц выявлены некоторые типичные моменты: большая эмоциональная связь с матерью при одновременном пренебрежении ее личностью, чувство страха перед отцом, неспособность к установлению длительных чувственных связей, отделение сексуальной сферы от чувственной, сексуальный эгоцентризм, агрессивная форма проведения сексуальных контактов (в связи со страхом зависимости от женщины), промискуитет (в связи с подсознательной потребностью осуществления сексуальных связей, в которых физический контакт заменяет чувственный).

В 70-х и начале 80-х годов появились работы, посвященные изучению внутрисемейной агрессии [70, 92, 133, 305, 308]. Из опубликованных в них данных следует, например, что в США агрессия по отношению одних членов семьи к другим применяется примерно в 20% семей, а физическая агрессия между супругами отмечается более чем в 50% браков. Анализ литературы на эту тему показывает, что мужья более склонны к агрессии в отношении жен, причем чаще проявляется агрессия в отношении супруги, доминирующей в семье. Piekarska [241] по этому поводу пишет, что “отчетливо отмечается связь власти с агрессивностью. При этом доминирующая позиция в семье не обеспечивает покорности другого супруга, а, наоборот, порождает у него фрустрацию и, вероятно, постоянную готовность к ответной реакции в агрессивной форме, особенно когда этому способствуют обстоятельства. Наиболее четко это выражено в случаях занимающих подчиненное в семье положение бунтующих мужей, которые склонны к агрессии тогда, когда объективная оценка противника (его физической силы) дает шансы на победу”.

Ряд исследователей полагают, что получение в детстве личного опыта агрессии способствует ее сохранению и передаче от поколения к поколению [82]. Исследование синдрома жестокого обращения с детьми [296, 388, 414, 418] свидетельствует о том, что факторами риска семейной агрессии являются алкоголизм, наркомания и психические нарушения у супругов.

Многочисленные исследования синдрома XYY [*Синдром трисомии XYY — врожденная генетическая аномалия, обусловленная наличием у мужчин добавочной V — хромосомы (нормальный мужской кариоти — XV). Данный синдром не проявляется определенной клиникой — описаны как совершенно здоровые в физическом и психическом плане мужчины, так и имеющие психические отклонения (чаще олигофрению) и физические пороки (например, гипогонадизм, крипторхизм)] [114, 130, 254 и др.] выявили, например, что эта патология у мужчин встречается с частотой 1:700 (рожденных мальчиков) и при ней отмечается более высокая агрессивность, преступность, распространенность сексуальных девиаций, чем в контрольной группе.

Однако Cohen [51], например, указывает, что, хотя наличие этого синдрома действительно сопровождается агрессивным поведением, вместе с тем трудно определить, насколько его детерминирует сам синдром.

Резюмируя приведенные сведения, можно утверждать, что агрессия является одной из основных причин преступности, в том числе и сексуальной [424]. Агрессивность может быть как одной из черт патологического развития личности, так и одной из форм реакции человека на угрозу. Специфика процесса мужской социализации способствует более широкой распространенности агрессивности у мужчин, в среде которых она зачастую воспринимается в качестве одного из стереотипов мужского поведения. Несомненно, что существует также и определенная культуральная стимуляция агрессии.

Holyst [129] пишет, что "мы живем во время, в которое средства массовой информации вламываются в повседневную жизнь человека, постоянно навязывая ему свою вездесущность". В работе “Общественное мнение, средства массовой информации и отрицательные общественные явления”, вышедшей в 1981 году под его редакцией, всесторонне обсуждаются связи между распространением в печати информации о преступности и реакциями на эту информацию. Из приведенных рассуждений следует, что популяризация агрессии и преступности приводит к нежелательным последствиям, в частности, проявляющимся у потребителей информации в виде психоза, страха, культа супермена, роста уровня агрессии в обществе. Сексуальные преступления агрессивного типа часто являются темой фильмов, газетных и журнальных публикаций, телевизионных программ, детективной беллетристики. Рост их распространения в последние годы вызывает серьезные опасения. Потребность завлечения потребителя приводит к эскалации криминальной тематики как путем ее расширения, так и путем углубления. Этот процесс в свою очередь стимулируется привыканием потребителя к продукции определенного типа, что, с одной стороны, требует подбрасывания ему очередных произведений, а с другой — в целях стимуляции интереса к такой продукции — постоянного изменения ее качества, происходящего, естественно, наиболее примитивным путем — созданием все более душераздирающих сюжетов. Скрывающиеся за этим процессом истинные экономические мотивы производителей целиком и полностью отображаются и в продукции порнопромышленности, которая год от года приобретает на Западе все более девиантную и агрессивную направленность тематики для завлечения новых и удержания имеющихся потребителей. Явления этого типа связаны с определенными негативными последствиями: во-первых, лица с предрасположенностью к преступному либо девиантному поведению одновременно получают и стимуляцию к переводу предрасположения в действие, и образцы совершения таких действий, во-вторых, определенные слои общества (особенно дети и молодежь), не имеющие таких предрасположенностей, получают подробную информацию о возможности осуществления подобного поведения, а настойчивость этой информации подстегивает их естественное любопытство и подталкивает к его удовлетворению путем апробирования этого поведения, и, наконец, в-третьих, как первая, так и вторая группа лиц, усваивают опубликованные в массовых “официальных” произведениях образчики в качестве одного из стереотипов обычного, нормального человеческого поведения, а потому, следуя ему, зачастую ощущают себя свободными от ответственности. Более того, акцентированность массовой культуры на изображении агрессии не только порождает ее в обществе, но и стимулирует возникновение в нем страха перед таковой, провоцируя тем самым оборонительное поведение членов общества, которое, в свою очередь, также имеет агрессивный характер. Нарастающая таким образом по спирали агрессия влияет на все стороны и механизмы общественной жизни, в том числе и на сексуальную жизнь общества. При этом она одновременно участвует и в генезисе сексуальной преступности, и влияет на ее специфику и динамику, а также определяет отношение к ней общества в целом. Таким образом, при рассмотрении этого вопроса мы сталкиваемся с действием механизма пресловутого заколдованного круга.

В.АЛКОГОЛЬ

Вопрос о влиянии алкоголя как на агрессию, так и на сексуальную преступность, широко обсуждается в литературе. Об освобождающем действии алкоголя на сексуальную агрессию, а следовательно, и способствующем сексуальной преступности пишут многие исследователи [142, 144, 162, 171, 180, 198, 216, 362, 376, 377а, 383, 407, 411, 415, 418, 422, 424, 427, 431 и др.]. При этом считается, что алкоголь усиливает сексуальную агрессивность, особенно у мужчин, причем это влияние в равной мере характерно и для лиц, не имеющих зависимости от алкоголя [198].

Часто подчеркивается связь между алкоголизмом и инцестом [14, 73, 209, 332, 350, 389, 392, 418, 431]. Вместе с тем в разных публикациях распространенность алкоголизма среди совершивших кровосмешение преступников оценивается различно. Одни авторы указывают на то, что алкоголизмом страдают 75% преступников этой категории [159], а по другим данным, алкоголизм отмечается у 47% [80], у 33% [43], у 15% [205], у 25% [96], у 72% [153], у 20% [221], у 41% [350] этих лиц. То есть в среднем количество алкоголиков среди инцестофилов колеблется в пределах 20-70% [85].

Многие авторы считают, что алкоголизм и алкогольное опьянение у преступника являются основными факторами, провоцирующими совершение им изнасилования [9, 135, 169, 259, 377а, 431]. По данным Rada [259], 50% обследованных им насильников были алкоголиками, а Jensen [153] определяет их количество в 72%. Анализируя 600 случаев изнасилования, Amir [9] показал, что алкоголь сыграл решающую криминогенную роль в 217 случаях, а 10% жертв при этом сами находились в состоянии алкогольного опьянения.

Подобное влияние алкоголя и алкоголизма большинство исследователей усматривают и в случаях эксгибиционизма [44, 84, 167, 320, 353]. У совершивших это преступление лиц острая алкогольная интоксикация отмечается в 30—50% случаев.

Проанализировав данные других исследователей. Holder [127] пришел к выводу, что агрессивное и преступное поведение отцов-алкоголиков в 50—80% случаев переходит и к их детям. Регпапеп [240] утверждает, что связь между алкоголем и преступностью может быть обусловлена следующими механизмами:

алкоголь снимает тормозящее влияние коры головного мозга на преступное и девиантное поведение;

под действием алкоголя происходят изменения в нейромедиаторной системе, способствующие развитию агрессивного поведения;

хронический алкоголизм приводит к дисфункции коры головного мозга, особенно коры височных, его долей, что способствует патологии поведения.

По его мнению, развитию раздражительности и агрессивности способствует и то, что алкоголь провоцирует гипогликемию и расстройства сна.

Hecekler [121] подчеркивает, что алкоголь является типичным спутником жизни преступников, а алкоголизация присуща стилю их быта.

Г. НАРКОМАНИЯ

Benward [21] отмечает, что насильники и инцестофилы значительно чаще встречаются среди наркоманов, чем в популяции независимых от наркотиков людей. Многими авторами [56, 327, 329 и др.] подчеркивается и широкое распространение среди наркоманов гомосексуализма, охватывающего, по некоторым данным, до 30% популяции наркоманов. Причем Chinlund [45] указывает на то, что у наркоманов гомосексуализм чаще встречается не среди мужчин (как в основной популяции), а у женщин.

Зависимость от алкоголя и наркотиков имеет двоякую связь с сексуальной преступностью. С одной стороны, эти вещества провоцируют преступное поведение, а с другой — преступное поведение углубляет или провоцирует зависимость от них. Криминогенность алкоголиков и наркоманов — явление, давно известное в криминологии.

Д. ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТИ

Вопросам взаимосвязи личностных расстройств (психопатий) с преступностью

посвящена обширная литература. Большинство исследователей единодушны в том, что процент субъектов с нарушениями личности среди преступников значительно выше, чем в основной популяции. Вместе с тем сам этот процент различно определяется разными исследователями: 20% [102], 13% [55], 18% [136], 7% [265], 10% [216].

Как одну из форм личностных нарушений McCord [216] выделяет “криминальную психопатию”, относя к возможным причинам возникновения такой патологии генетические аномалии (например, синдром XVV), некоторые гормональные расстройства, конституциональные факторы, отдельные заболевания органической природы, физиологически повышенную возбудимость, психопатологию у родителей, раннюю родительскую депривацию, средовые влияния. Ciarkowska [48] видит причины возникновения патологии личности в недоразвитости регуляторных механизмов коры головного мозга, акцентуации характера, психопатиях у родителей, особенно у отца. Психоаналитическая концепция психопатии в Польше представлена в работе Sokolik и Szostak [287], которые указывают, что “психопат хорошо осведомлен в принятых обществом обязательных нормах морали. Однако эти нормы он усвоил недостаточно и по отношению к избранному кругу лиц готов их преступить, в том числе и с целью добиться признания собственной личности (...). Совесть психопата обычно очень изменчива, амбивалентна и неадаптирована (...). После периодов полного отсутствия чувства вины, в которые психопат совершает антиобщественные действия, наступают периоды угрызений совести, временами столь сильных, что они могут полностью парализовать его активность (...). Импульсивные действия не подлежат внутреннему контролю (...). Характерна пониженная толерантность к напряжению (...). Эти лица не выносят депривации. Напряжение могут разрешать только путем совершения антиобщественных и аморальных поступков. Не могут руководить последствиями начатых действии (...). Помимо прочего психопаты имеют слабую ориентацию в действительности, у них нарушена способность различения собственных переживаний и реальных событий. Отмечается склонность к такой интерпретации мира, когда желаемое принимается за действительное (...). Антиобщественное и импульсивное поведение психопата является не только способом разрешения напряжения, но и отображает систему защитных механизмов преодоления эмоциональных проблем”. В соответствии с положениями психоанализа авторы усматривают причину возникновения психопатий в нарушении чувственных связей в семье.

Kozarska-Dworska [176] на основании собственных наблюдений в качестве черт психопатии выделяет: недостаток высших эмоций, малую пластичность настроений, доминирование эмоций, отсутствие интеграции со средой, недостаточную приспособленность 'к основным регламентациям общественной жизни. Kepinski [163] усматривает в качестве причин развития мазохистского типа патологического развития личности детский деспотизм, эмоциональную незрелость, перенесенный во взрослый период остаточный детский садомазохизм. Vaillant и Perry [349] показали, что антисоциальный тип патологического развития личности отмечается у 0,05—15% членов популяции. В США такой тип развития личности имеют 3% мужчин и 1% женщин, а среди заключенных — 75% обследованных. К основным “симптомам” такого типа развития личности у субъектов моложе 18 лет относятся: конфликты с воспитателями, импульсивное поведение в школе, конфликты с правоохранительными органами, ранний сексуальный опыт, алкоголизм, вандализм, прогул уроков. После 18 лет появляются следующие значимые “симптомы”: пренебрежение должностными обязанностями, неприятие общественных норм, разводы и отдельное проживание от семьи, проявление физической агрессии. Представляют интерес приведенные этими исследователями данные о частоте встречаемости указанных “симптомов”:

Проявление нарушений	Частота встречаемости (в %)
Проблемы с трудовой деятельностью	85
Проблемы в супружеской жизни	81
Финансовые проблемы	79
Задержания органами правопорядка	75
Алкоголизм	72

Проблемы с обучением	71
Импульсивность поведения	67
Сексуальные проблемы	64

Действующей Международной классификацией болезней (IX пересмотр) [224] предусмотрено выделение следующих расстройств личности (рубрика 301):

301	Расстройства личности. (Психопатическая личность. Патологическое развитие личности[*Синонимы расстройств по Международной классификации приведены переводчиками.])
301.0	Параноидное расстройство личности. (Параноидное развитие личности. Параноидная личность.[*Прим. перевод.])
301.1	Аффективное расстройство личности. (Аффективное развитие личности. Циклоидная личность. Циклотимические изменения личности. Депрессивная личность.[*Прим. перевод.])
301.2	Шизоидное расстройство личности.
301.3	Возбудимое расстройство личности. (Агрессивная личность. Возбудимая психопатия. Эксплозивная психопатия. Чрезмерная эмоциональная неустойчивость. Патологическая эмоциональность. Сварливость. Возбудимое развитие личности.[*Прим. перевод.])
301.4	Ананкастическое расстройство личности. (Навязчивая личность. Ананкастическое развитие личности. Обсессивная личность. [*Синонимы расстройств по Международной классификации приведены нами])
301.5	Истерическое расстройство личности. (Истерическая личность. Истерическая психопатия. Истерическое развитие личности[*Прим. перевод.])
301.6	Астеническое расстройство личности. (Зависимая личность. Неадекватная личность. Пассивная личность. Астеническое развитие личности [*Прим. перевод.])
301.7	Расстройство личности с преобладанием социопатических или асоциальных проявлений [эмоционально тупые] (Асоциальная личность. Моральная дефективность. [*Прим. перевод.])
301.8	Другие расстройства личности. (Личность: эксцентрическая, неустойчивая незрелая, пассивно-агрессивная психоневротическая [*Прим. перевод.])
301.9	Неуточненные. Патологическая личность, без уточнения. Расстройство личности, без уточнения. Психопатическое (ая): конституциональное состояние личности (расстройство)

Асоциальную личность можно трактовать как эквивалент давнему значению понятия психопатии. Jaroszynski [149] типичными для такой личности считает следующие черты:

отсутствие длительных супружеских связей;

неспособность к предвидению последствий собственных действий;

неспособность делать практические выводы из имеющегося опыта;

отсутствие существенных интересов;

непостоянство и кратковременность устремлений, отсутствие их чередования;

бурная активность для немедленного достижения цели, исчезающая при малейшей неудаче;

отсутствие самоконтроля, неспособность к критической самооценке и оценке неудач.

Автор считает, что наиболее частыми последствиями этих черт являются: необразованность, низкий уровень интеллекта, неквалифицированный труд, неспособность к налаживанию и поддержанию контактов и семейных связей,

неупорядоченная половая жизнь, подверженность дурным влияниям и дурным привычкам, частые конфликты с законом.

Глава III
Личность сексуальных преступников

Подробный, анализ личности преступников при различных видах сексуальных преступлений будет представлен в последующих разделах книги. В этой же части работы представлен обзор литературных данных по этому вопросу.

Susman [311], обсуждая данные других исследователей, отмечает, что 56—81% сексуальных преступников имеют асоциальную личность. У 25% женщин из этой группы преступников имеется гомосексуальный опыт, 60% из них злоупотребляют алкоголем, в большинстве случаев имели раннюю сексуальную инициацию (причем нередко она была осуществлена путем изнасилования), 70% из них имеют сексуальные нарушения (чаще — проблемы с аутоидеитификацией в половой роли, фригидность и диспареуния). В свое время была высказана гипотеза, что у сексуальных преступников часто отмечается комплекс Квазимодо [253].

Drvota и Student [66] указывают на то, что в популяции сексуальных преступников доминирует сексуальная агрессивность, эмоциональная черствость, гиперчувствигельность к сексуальным раздражителям, а 75% этой группы преступников страдают алкоголизмом. Filipiak [78] при изучении сексуальной преступности отмечает, что 40% этого вида преступлений совершается под влиянием алкоголя, 65% преступников из данной группы нигде не работают, 46% из них — рецидивисты, большинство происходят из рабочей среды. Обследовав 77 виновников сексуальных преступлений, R. Lesniak, E. Lesniak {192] считают, что всех их можно разделить на две группы — агрессивных и не агрессивных. Группа агрессивных, вне зависимости от конкретного вида совершенного ими сексуального преступления, состоит из более молодых людей, которые чаще характеризуются интровертированностью, действуют цинично и жестоко, преступления совершают преимущественно в ночное время и в отношении ранее незнакомых объектов, отличаются импульсивностью поведения. Не агрессивные преступники (главным образом педофилы) чаще являются экстравертами, инфантильны, преимущественно были знакомы с жертвами преступлений, которые совершали в основном в дневное время, в 65% случаев являются алкоголиками.

Проанализировав 117 заключений судебно-психиатрической экспертизы, произведенной лицам, совершившим сексуальные преступления, Smoczynski [285] установил, что лишь у 8 из них не было каких-либо психических нарушений. Психоорганический синдром был установлен в 74 случаях, изменения на пневмоэнцефалограмме отмечались у 47 обследованных, причем 54% освидетельствованных были признаны вменяемыми.

При обследовании 150 преступников Student [310] в 51% случаев выявил наличие девиантных черт, в 21% случаев — отсутствие девиаций, но зависимость от алкоголя, а у 5 человек диагностировал выражение агрессивную личность.

Zwerina и Pondelnickova [356] представили анализ 264 мужчин — “сексуальных агрессоров”. Чаще это были молодые люди (62% — моложе 30 лет, старше 40 лет — 11,9%), 56% из которых были не женаты. Среди них доминировали лица с низким уровнем образования, занимавшиеся неквалифицированным трудом. Интересно, что 32% обследованных имели рост ниже 169 см, 14% малые и 51,5%— средние размеры полового члена. Рецидив сексуальной преступности отмечался в 40% случаев. При психиатрическом обследовании диагностированы: психопатия — у 33,7% преступников, сексуальные девиации — у 28%, психосексуальное недоразвитие — в 10% случаев, алкоголизм — у 6%, умственная отсталость — у 4,5% и лишь у 14% исследуемых не было выявлено психопатологии. При углубленном анализе у 63% преступников отмечалась дезадаптация, совершение преступления в состоянии алкогольного опьянения имело место в 55,6% случаев, энцефалопатия диагностирована у 35,9% обследованных, черты агрессивной личности — у 39%, признаки сексуальных девиаций — у 28,1%, а

различные умственные дефекты — у 24,2% обследованных.

При обследовании 64 сексуальных преступников Bonheur и Rosner [31] выявили у большинства из них психические нарушения, которые лишь в отдельных случаях были обусловлены органическим поражением нервной системы. По данным Graber [109], половина обследованных им сексуальных преступников имела органические поражения головного мозга.

R. Lesniak, E. Lesniak [193] обследовали 82 лица, совершивших сексуальные преступления (20 — сексуальные убийства, 24 — изнасилование, 38 — развратные действия с детьми и подростками). При этом они установили, что 70% обследованных совершили преступление, находясь в состоянии алкогольного опьянения; 70% составили лица в возрасте 21—40 лет; 75%—были работниками физического труда; 59% были не женаты. Матери обследованных в 80% случаев имели нормальное развитие личности. 80% преступников негативно оценивали своих отцов, имевших в большинстве своем начальное образование. Основная масса обследованных в юности были ознакомлены с вопросами секса в циничной и пошлой форме. Сексуальные девиации выявлены у 25% убийц и у 50% насильников. Выраженная интроверсия проявлялась у 87% убийц, у 79% насильников и у 71% педофилов[*Подробные характеристики личности сексуальных преступников — см. также список литературы № 377а, 398, 411, 415, 418, 427.].

Leigh [187] подчеркивает, что преступное сексуальное поведение может быть обусловлено следующими факторами:

интоксикация: острая алкогольная интоксикация, патологическое опьянение [407], хронический алкоголизм, наркомания;

психические нарушения: психозы, расстройства личности, семейные и супружеские психогении, последствия синдрома “третированного ребенка”;

органические нарушения: эпилепсия, острые мозговые расстройства, посттравматические состояния.

Глава IV
Девиации и сексуальная преступность

Имелинский сообщает, что из 250 лиц, страдающих сексуальными девиациями, 52,8% признали наличие в анамнезе совершения сексуального преступления. При этом раскрыты были 43,2% этих преступлений (чаще педофилия) и преступники были судимы, а 9,6% преступлений остались не раскрыты. Таким образом, почти половина девиантов никогда не имели конфликтов с законом. Это обусловлено той закономерностью, при которой чем выше интеллектуальный уровень девианта, тем большую осторожность он проявляет в осуществлении своих действий. Кроме того, большинство потерпевших просто не заявляет о совершившемся преступлении [140].

Ponikiewska [244] среди 2532 пациентов сексологической клиники выявила наличие девиаций в 2,1% случаев (у 54 пациентов). Из них 16 человек (29,6%) отметили случаи конфликта с законом, 33 (61,1%) — совершали действия, расцениваемые как сексуальные преступления, но не предстали перед судом, и лишь 5 человек таких действий никогда не совершали. Таким образом, раскрываемость таких преступлений находится на уровне 29,6%. Причем, по данным автора, осуждению в основном подвергались гомосексуалисты, эксгибиционисты и фроттеристы. Лица, страдавшие истинными половыми извращениями, совершали преступления только на сексуальном фоне.

В обществе широко распространено убеждение, что девиантность и преступность суть две стороны единого процесса. Однако большинство девиаций своим существованием никак не нарушает действующего законодательства (например, фетишизм, триолизм и т.п.). Более того, во многих случаях для осуществления девиантного действия необходимо не только участие, но и согласие партнера. Либерализация права сопровождается уменьшением числа уголовно наказуемых атипичных форм сексуального поведения.

Глава V
Некоторые виды сексуальных преступлений

А. ИЗНАСИЛОВАНИЕ

По данным McCary [215], на 100 000 женщин приходится следующее количество случаев изнасилования: в США — 36, в Норвегии — 1, в Англии — 3, в Польше — 7, в Японии — 12, в Турции — 14 случаев. Причем многие исследователи согласны с тем, что число зарегистрированных случаев изнасилования намного меньше истинного числа совершенных преступлений этого вида. Обсуждая эту проблему, Holyst [128] указывает, что "статистические данные, очевидно, не составляют полной картины действительного состояния вопроса. Существуют важные факторы, которые склоняют жертву и ее законных опекунов к незаявлению о свершившемся преступлении. Из исследований, проведенных Криминальным бюро Главной комендатуры гражданской милиции, следует, что основными причинами незаявления являются: боязнь мести преступника — 50%, стыд перед окружающими — 30%, неверие в возможности правоохранительных органов — 10%, нежелание подвергаться осмотру — 5%. Среди причин преобладает недооценка значимости случившегося".

Количество исследований, посвященных насильникам, значительно превышает таковое в отношении виновников других сексуальных преступлений. Оценивая личность насильников с позиций психоанализа, Abrahamsen [2] приписывает им следующие характерные черты: выраженный комплекс кастрации, комплекс Эдипа, выраженная анальная фиксация, эмоциональные нарушения, черты садизма, приводящий к агрессии страх перед авторитетом. Автор указывает, что матери насильников были доминирующими в семье личностями и не одобряли своей женской роли. В результате обследования 30 насильников R.Lesniak [190] приходит к выводу, что у них доминирует несмелость, недоверчивость, социальная неприспособленность, садистские черты. Проанализировав 400 уголовных дел, возбужденных в Лодзи в связи с изнасилованием, Leszczynski [189] считает, что этот вид преступлений обусловлен такими этиологическими факторами, как алкоголизм, садизм, хулиганство, психоэмоциональная распущенность. Из осужденных за изнасилование 58% в момент совершения преступления находились в состоянии алкогольного опьянения. Почти во всех случаях имело место проявление садизма, причем в совершенных действиях доминировал не сексуальный, а развлекательный мотив.

Pospiszyl [251] считает, что для насильников являются типичными: ранняя сексуальная инициация, чрезмерная заинтересованность сексом, легкость обсуждения сексуальных вопросов и установления вербальных контактов на эту тему.

Обсуждая проблему групповых изнасилований, Czapow [57] отмечает, что у обследованных 323 их участников типичными были: асоциальное развитие личности, принадлежность к уличным компаниям, практиковавшим групповые хулиганские развлечения. Очень важным моментом в совершении изнасилования такими группами является позиция их лидера. Чаще встречался лидер, характеризующийся выраженной агрессивностью, личность которого имела деструктивные черты. Как правило, его сексуальный опыт отличался ранней инициацией и значительной оргистичностью. Агрессивность лидера в основном обусловливалась страхом перед утратой доминирующего положения в группе. Интересно, что у этих лиц очень часто отмечается низкий уровень чувства ответственности и вины. Автор также отмечает, что целью подобных преступлений является не столько получение сексуальной разрядки, сколько достижение сексуального возбуждения. То есть изнасилование является для его участников специфическим сексуальным стимулятором.

Обследовав 365 насильников во Вроцлавском воеводстве, Filipiak и Majerczak [78] дали такую характеристику указанной группе: это сравнительно молодые люди, имеющие низкий уровень образования и низкий уровень сексуальной культуры, ведущие неупорядоченную половую жизнь, не задерживающиеся долго на одном месте работы, часто употребляющие алкоголь. Dziekonska-Staskiewicz [69] на основании анализа 187

дел об изнасиловании отмечает, что 78% преступников были в возрасте до 30 лет, 60% имели начальное образование, 50% в момент совершения преступления находились в состоянии алкогольного опьянения, у 15% были диагностированы психические и личностные нарушения. Автором представлены интересные данные о последствиях изнасилования для жертв преступления: тяжелые повреждения тела выявлены у 4 потерпевших, легкие — у 110, дефлорация — у 22, беременность в результате изнасилования наступила у 2 жертв, психические последствия агрессии отмечались у 26 женщин (нервное потрясение — у 17, неврозоподобные состояния — у 9).

Из материалов II польского симпозиума на тему "Нетипичное сексуальное поведение" (Яблонна, 1976) [31 la] следует, что число изнасилований выше в городах, чем в сельской местности[*В США, по данным ФБР, изнасилования также чаще совершаются в крупных городах [428]. Однако, по некоторым данным, частота совершения сексуальных преступлении в сельской местности, особенно в отношении подростков, выше, чем в городах [393]], у 67% насильников выявляется склонность к сексуальной агрессии, 65% из них имели семейные неурядицы. Совершение изнасилования является для преступника разрешением внутрипсихических, личностных и межличностных проблем, которые часто обусловлены отторжением, испытываемым преступником со стороны родственников и ближайшего окружения. Подобная отверженность приводит к развитию коммуникативной фрустрации, разрешаемой путем агрессии. Очень важной фигурой в изнасиловании является сама жертва. Многие исследователи подчеркивают, что решительная оборона жертвы может воспрепятствовать исполнению замысла преступника. О мнимых изнасилованиях чаще заявляют женщины в возрасте до 17 лет. Жертвы изнасилования можно разделить на три группы: группа случайных жертв (в которой оборонная позиция по отношению к агрессору наиболее важна), группа несознательно провоцирующих сексуальное поведение преступника (женщины, легко устанавливающие случайные знакомства, демонстрирующие при общении мнимую сексуальную опытность, но застигнутые врасплох развитием событий), группа "жертв", сознательно провоцирующих сексуальное поведение преступника с предполагаемой целью в последний момент выйти из сложившейся ситуации, что им чаще всего сделать не удается.

По данным изучения 23 случаев групповых изнасилований, произошедших в Варшаве, [148], в 18 случаях женщины вели себя легкомысленно, а в 7 случаях — сексуально провоцирующе. В 17 случаях мужчины не планировали заранее преступления и совершили его в связи с возникновением благоприятствующей ситуации. 75% групповых изнасилований было совершено в период 20—22 часов, причем в 10 случаях — в квартире одного из преступников. В большинстве случаев до дня изнасилования жертвы и преступники не были знакомы между собой. Обсуждая проблему групповых изнасилований, Szczyrba [314] сообщает, что первичной причиной доведения преступниками своего умысла до конца было не столько физическое воздействие, сколько деморализация жертв. Кроме того, этому способствовали: легкомысленное и наивное поведение жертв, провокация сексуального поведения с их стороны, а также ощущение некоторыми потерпевшими собственной вины в подобном поведении преступника. Во многих случаях жертвы не предпринимали никаких попыток к сопротивлению и не заявляли о случившемся. Более того, часть "потерпевших" не была обижена происшедшим и в дальнейшем поддерживала отношения с преступниками.

Baurman [18] на основании обследования 8058 женщин, изнасилованных в Нижней Саксонии, приходит к выводу, что существующее законодательное определение понятия "изнасилование" фактически не учитывает психических последствий этого преступления для жертвы и поэтому нуждается в дополнении. Отдаленные последствия изнасилования в последнее время все больше привлекают внимание исследователей [375, 402, 426, 431]. Barvin [14] сообщает, что примерно у 1/9 жертв изнасилования развивается специфический комплекс эмоциональных расстройств (the rape trauma syndrome). В результате наблюдения 41 изнасилованной женщины на протяжении 1—2,5 лет после преступления Nadelson [231] установил, что у 41% из них имеется фиксированный страх перед возможностью повторного изнасилования, у 32% отмечаются эмоциональные расстройства, у 22% развились сексуальные нарушения, а у 41% — депрессивная

реакция. Многие исследователи считают необходимым проведение психотерапевтического лечения жертв изнасилования, как в виде кратковременного воздействия непосредственно после совершения преступления, так и в последующем в виде поддерживающих курсов. Этой проблеме был посвящен международный конгресс, проходивший летом 1984 года в Швейцарии, на котором, в частности, ставился вопрос о применении абортивных средств в случае беременности, наступившей у женщины в результате изнасилования[*Имеются в виду страны, в которых прерывание беременности даже медицинским путем запрещено законом].

Анализ 118 изнасилований, совершенных в Швейцарии [118], показал, что виновники их были сравнительно молоды: 50% из них были не женаты, а 57% жертв преступления находились в возрасте от 15 до 19 лет. Чаще всего изнасилованию подвергались кельнерши и проститутки. В 30% случаев либо преступники, либо их жертвы находились в состоянии алкогольного опьянения. Большинство преступлений носило не случайный ситуационный характер, а было осуществлено умышленно и преднамеренно.

С целью изучения влияния средств массовой информации и массовой культуры на распространение сексуальной агрессии было проведено одно оригинальное исследование [206]. В ходе эксперимента 29 нормальных мужчин подвергались воздействию специальной аудиовизуальной сексуальной стимуляции — им демонстрировали 12 слайдов с изображением сцен изнасилования, демонстрация сопровождалась воспроизведением магнитофонной записи, сделанной в процессе реального преступления. Причем многие исследуемые мужчины отреагировали развитием сексуального возбуждения как на процесс изнасилования, так и на проявленную жертвой реакцию сопротивления и страха. Вместе с тем никто из них не только никогда не участвовал в изнасиловании, но и не помышлял об этом, а в половой жизни не проявлял сексуальной агрессивности. Анализируя полученные результаты, Malamuth приходит к следующему выводу: “Отмечающийся в средствах массовой информации и произведениях массовой культуры “взрыв насилия” может стимулировать появление нездоровых фантазий у ранее совершенно здоровых людей, а повторяющаяся стимуляция такого рода может провоцировать их к антисоциальному и девиантному поведению”.

Обсуждая литературные данные и результаты собственных исследований, Schiff [275] отмечает, что совершенно сокрытой от взглядов правоохранительных органов и исследователей является во многом неясная и дискутабельная проблема изнасилования собственной жены.

Wehner-Davin [331] считает, что изнасилование в странах Западной Европы носит характер массового явления, угрожающего общественной безопасности. Ежегодное количество действительно совершаемых изнасилований оценивается им в ФРГ в 70—140 тысяч случаев. В то же время полиция зачастую пренебрегает заявлениями об изнасиловании, особенно когда в его совершении обвиняется муж потерпевшей. Тенденция к росту числа изнасилований отмечается в США и Канаде [14]. В США наибольшее число зарегистрированных изнасилований отмечается в Лос-Анджелесе— 51,1 на 100000 женщин, затем Нью-Йорк (23,7:100000), а завершает список Сан-Диего (9,8:100 000). Из изученных Barvin и Belisle [14] 451 случая изнасилования в 89,4% был совершен влагалищный коитус, а примерно в 7% случаев преступник заставлял жертву стимулировать половой член другими способами. При анализе этого материала были отмечены следующие последствия изнасилования: наступление беременности жертвы — 9 случаев, заражение жертвы венерической болезнью — 63 случая, развитие у жертвы нервно-психических расстройств — 53 случая.

Анализируя данные исследования насильников, Rada [259] отмечает, что у них часто встречаются сексуальные расстройства (особенно нарушения эрекции и эякуляции), проблемы в супружеской жизни и генерализованная агрессия в отношении женщин. Подобные данные были получены и другими исследователями, склонными рассматривать отмеченные явления как отдельные причины, способствующие совершению изнасилования [157]. Проанализировав данные ФБР о 50 000 изнасилований, Michael и Zumpe [223] высказали предположение, что в ряде случаев не исключается обусловленность изнасилования действием нейроэндокринньгх

механизмов.

Проведенное Solola [289] изучение 621 случая изнасилования показало, что в 200 случаях они были совершены в квартирах потерпевших и в 94 случаях — в квартирах преступников. При обследовании потерпевших в 55% случаях у них отсутствовали какие-либо телесные повреждения, а при наличии таковых в 15% случаев они локализовались в области гениталий и в 23% — экстрагенитально. Характер вагинального коитуса насилие носило в 70,2% случаев, вагинального коитуса в сочетании с минетом — в 16,1%, сочетания вагинального и анального коитуса — в 2,4%, анального коитуса — в 1,9'%, минета — в 1,3%, анального коитуса в сочетании с минетом — в 1,1%, а сочетания анального коитуса, вагинального коитуса и минета — в 1,4%.

Обширные сведения об изнасиловании содержит работа Soutoul и Froge [290], которые, в частности, считают, что в связи с ростом числа изнасилований следует популяризовать среди врачей различных специальностей знания на эту тему. По мнению автора, около 90% жертв изнасилования не заявляют о случившемся в правоохранительные органы, но вместе с тем многие из них обращаются за медицинской помощью. Авторы дают следующее определение понятию “изнасилование” — это акт сексуальной пенитрации любого вида, совершенный в результате принуждения или внезапности. Особо подчеркивается то, что об изнасиловании можно говорить только тогда, когда отсутствовало согласие жертвы на совершение имевших место сексуальных действий. При этом проявление жертвой согласия может носить следующую форму:

истинное согласие, или сознательное участие в сексуальном акте без чувства вины;

импульсивное согласие, или сексуальный акт, одобренный в настоящий момент, когда импульс позволил пойти на сближение, а позднее возникли сожаления о случившемся, ощущения униженности и вины;

пассивное согласие, когда жертва не желает совершения акта, но и не препятствует его совершению, что расценивается другой стороной как проявление согласия.

При расследовании случаев изнасилования и их судебного рассмотрения последняя форма проявления согласия вызывает наибольшие сомнения в искренности нежелания жертвы участвовать в имевшем место сексуальном акте. При рассмотрении дел о групповом изнасиловании другой часто возникающей судебной проблемой является оценка имевшегося согласия жертвы на сексуальный контакт только с одним из членов группы при отсутствии согласия на контакт с другими членами.

Sououl различает следующие формы изнасилования:

инцестное изнасилование, психические негативные последствия которого особенно актуальны для жертв в возрасте не более 12 лет и реже выявляются у жертв более старшего возраста;

групповое изнасилование; обычно не сопровождается нанесением жертве телесных повреждений и редко заканчивается наступлением у нее беременности (возможно, в связи с тем, что при подобных преступлениях мужчины часто практикуют прерванное половое сношение)[*Имеется в виду не практика прерванного полового акта, заканчиваемого семяизвержением вне половых путей жертвы, а прерывание его совершения задолго до наступления эякуляции. В основе этого довольно распространенного при групповом изнасиловании явления может лежать несколько причин. Прежде всего — принцип “быстрей-быстрей”, дабы скорее уступить место следующему, который нередко поторапливает совершающего половой акт субъекта. Во-вторых, ситуационная обусловленность, приводящая к психогенному торможению эякуляции, в том числе и в связи с поторапливанием другими участниками (особенно у преступников-подростков, у которых в условиях насильственного совершения полового акта даже и вне группы очень часто по этому механизму не наступает эякуляция даже при длительном коитусе). И в-третьих (или во-вторых), данный вид преступления часто совершается подростками, для которых актуальный насильственный половой акт является первым в жизни половым сношением и при этом срабатывают не только психогенные факторы торможения эякуляции, но играет определенную роль и банальное отсутствие сексуального опыта (по некоторым данным, значительное количество мужчин при первом добровольном половом сношении в жизни не достигают эякуляции).

Феномен редких случаев беременности жертвы группового изнасилования скорее объясняется не отсутствием эякуляции у преступников, а негативным иммунологическим взаимовлиянием, оказываемым на оплодотворяющую способность сперматозоидов (в первую очередь на их двигательную активность), спермы нескольких мужчин при ее смешении. Отчасти этим объясняется и значительно более редкое (чем можно было бы ожидать) наступление беременности у не использующих контрацептивов проституток, обслуживающих подряд нескольких клиентов. При этом не стоит забывать и о таких моментах, как определенный период менструального цикла и наступление у женщины оргазма, способствующих беременности.];

индивидуальное изнасилование, которое бывает либо преднамеренным, либо ситуационно обусловленным; в случаях преднамеренного, умышленного изнасилования наиболее часто отмечается грубое физическое воздействие преступника на жертву (вплоть до ее смерти), что нередко происходит в связи с наличием у насильника садистских наклонностей или алкогольного опьянения;

изнасилование жертвы, находящейся в состоянии естественного сна; к оценке подобных случаев следует подходить крайне осторожно, так как нередко заявления о подобном изнасиловании делают психически больные женщины (чаще — страдающие истерией или галлюцинациями);

изнасилование жертвы, находящейся в состоянии гипнотического или наркотического сна; мнение о возможности совершения сексуальных действий с загипнотизированной женщиной против ее воли совершенно несостоятельно; однако нельзя исключить возможность изнасилования женщины, находящейся в глубоком наркотическом сне, в том числе наступившим и под влиянием алкоголя или наркотиков, но оценка этих случаев все же требует определенной осторожности;

“содомическое” изнасилование (изнасилование через прямую кишку) — наиболее распространено в случаях групповых изнасилований, при этом у жертв часто отмечаются повреждения сфинктера прямой кишки[*Кроме непосредственных повреждении сфинктера повреждения могут локализоваться и на коже и переходной части заднего прохода, вокруг него, а также иметь вид повреждений слизистой или всей толщи стенки прямой кишки (при коитусе — чаще в ее терминальном отделе). Однако анально-ректальные повреждения нередко вообще отсутствуют, особенно у рожавших женщин.].

При анализе личности насильников Soutoul обращает внимание на следующие моменты в их характеристике, наиболее часто встречающиеся: отсутствие воспитания или ошибки в воспитании; ранняя сексуальная инициация в сочетании с отсутствием количественного и качественного сексуального опыта; патологическое развитие личности (встречается реже, чем другие перечисленные моменты). Низкий образовательный уровень отмечается у 75% насильников, 90% этих лиц относятся к наиболее социально ущемленным слоям общества, более чем у 50% выявляется семейная патология. При обсуждении личности жертв изнасилования автор приводит такую их характеристику:

очень широкий диапазон возраста (от 14 месяцев до 83 лет), низкий образовательный уровень, часто это одинокие женщины. Классический “портрет” жертвы изнасилования включает в себя робость, скромность, фатализм, отсутствие чувства безопасности, выраженную податливость внушению. В 30% случаев жертвы так или иначе несознательно провоцировали агрессора, что особенно характерно для случаев инцестного изнасилования, при котором не последнюю роль в случившемся играла ненависть или неприязнь жертвы к матери.

Volk, Boeckle-Joest и Hilgarth [351] считают, что одной из характерных черт личности насильников является изнеженность. Как правило, они были лишены возможности проявления агрессии в раннем детстве, а в социальной среде занимают подчиненное положение, к которому приспособились. Совершение изнасилования является прорывом скрываемой до сих пор агрессивности, а направленность агрессии на женщин авторы объясняют культуральной обусловленностью — проявлением патриархального общества. Чрезмерное приспособление насильников к среде происходит из последствий крайне выраженной доминантности в их семье матерей. Этим же обусловливается и то, что многие насильники выбирают себе в спутницы жизни физически и морально преобладающих над ними женщин. Вместе с тем это приводит к

постоянному ощущению собственной неполноценности и порождает полоролевую фрустрацию. Поскольку такой мужчина не может проявить агрессию по отношению к значимой женщине (матери, супруге или партнерше), то он переносит ее на жертву изнасилования, которая в данном случае попросту выполняет роль женщины-символа. Поэтому в основе изнасилования лежит не удовлетворение сексуальных потребностей, а покорение жертвы. Из обследованных авторами насильников 80% имели самый заурядный уровень полового влечения. Многие из них не имели садистских наклонностей, однако совершаемое изнасилование сопровождали определенными элементами садизма, что, по мнению этих исследователей, осуществлялось в целях самоутверждения в мужской половой роли. Черты истинного садизма были выявлены только у 6—7% обследованной группы насильников. При обсуждении отношения насильников к своим жертвам авторы подчеркивают, что насильник в своей жертве не видит личности, а воспринимает ее лишь как символизирующий женщину фетиш, причем возраст и внешность женщины в этом случае не играют большой роли. Сигналом к высвобождению агрессии для насильника служит именно отсутствие признаков обороны со стороны жертвы, а не наоборот. Особенно важно отметить, что сильнейшее действие как признак обороны жертвы оказывала на насильников простая попытка завязать разговор с преступником. Нередко сам факт словесного общения уже делает невозможным дальнейшее развитие событий, так как с этого момента жертва утрачивает образ женщины-фетиша и превращается в человеческую личность, переступить через которую многие преступники просто не в состоянии.

Б. ПЕДОФИЛИЯ "

[*В советском уголовном законодательстве криминальные педофильные действия, не носящие характера коитуса, именуются как “развратные действия” (вне зависимости от их гетеро- или гомосексуальной направленности). Ответственность за коитальные действия с детьми и подростками наступает как в случае их гетеросексуального изнасилования, так и в случае добровольного совершения с ними половых актов (при последнем варианте — вне зависимости от их половой принадлежности — во всех союзных республиках, кроме Эстонской ССР), а по уголовному законодательству некоторых союзных республик (например, Киргизской ССР) — и в случаях вступления в брачные отношения с лицами, не достигшими брачного возраста или при принуждении не достигшей брачного возраста девушки к вступлению в брак или продолжению брачных отношений (например, в Узбекской ССР). В ряде республик (например, в УССР) существует самостоятельная ответственность за удовлетворение половой страсти в извращенных формах”, в том числе и с детьми, и с подростками (помимо понятий изнасилования, развратных действий и совершения половых актов с ними). Гомосексуальные педофильные действия в отношении мальчиков, носящие характер анального коитуса, во всех союзных республиках расцениваются как мужеложство. Потолок возрастного ценза для объекта педофильных действий уголовным законодательством разных союзных республик определяется неодинаково (за исключением случаев мужеложства и изнасилования, при совершении которых в отношении несовершеннолетних наступает усиление ответственности, а по уголовному законодательству РСФСР и БССР оно происходит дополнительно и за изнасилование малолетней) и определяется как малолетие (возраст до 14 лет), 16-летие, совершеннолетие или достижение брачного возраста, а в некоторых республиках (например, в РСФСР, УССР, БССР, Армянской ССР, Литовской ССР) по отдельным статьям устанавливается не возрастная, а биологическая граница в виде достижения объектом половой зрелости.]

Имелинский [144] приводит следующее определение этого явления: “Педофилия представляет собой сексуальное отклонение, проявляющееся стремлением к сексуальным действиям с детьми. В этом смысле пол ребенка не имеет большого значения, поскольку тело ребенка, т.е. тело с признаками незрелости, составляет истинный сексуальный стимул, роль которого подобна роли фетиша”[*Подобной терминологической трактовки придерживаются многие сексологи. Ее суть закреплена и в подрубрике 302.2

Международной классификации болезней [224] (IX пересмотра) Всемирной организации здравоохранения.]. В связи с педофилией в сексологии нередко встречаются и такие понятия, как эфебофилия, нимфофилия и партенофилия.

Трактовка причин педофилии довольно разнообразна. Одни авторы [81] полагают, что в основе педофилии могут лежать: сексуальная незрелость, сексуальные фрустрации, сексуальные девиации, психопатология. Другие [348] считают, что причины педофилии кроются в невротизме, сексуальных фобиях, отсутствии уверенности в себе, семейной патологии, алкоголизме [388, 398,411, 418, 427].

Обследовав 300 педофилов, Wille [337] у 75% из них выявил патологическое развитие личности. Freud [88] указывает, что в эксперименте при сексуальной стимуляции возбудителями педофильного характера реакция сексуального возбуждения возникает у многих зрелых нормальных в сексуальном и психическом плане мужчин. Отсутствие же в их практике использования подобных сексуальных возбудителей объясняется наличием комплекса защитных механизмов, в том числе и социокультурным табу. Представляет интерес и мнение, высказанное Lernell [118] в результате анализа литературных данных о криминальной педофилии. Автор приходит к выводу, что результаты самых тщательных эмпирических исследований вызывают сомнение в правильности общепринятой оценки педофилии как весьма грозного для общества явления.

Обсуждая результаты исследования 116 обвиняемых в педофилии лиц, Radecki [260] отмечает, что 50,2% из них имели только начальное образование, 60,6% не получили какой-либо профессиональной подготовки, 40% являлись рецидивистами. Жертвы педофилии не были ранее знакомы с преступниками в 60% случаев. Само преступление носило форму полового акта в 21,8% случаев, а в 31,7% — педофильные действия заключались в ощупывании гениталий жертвы. Автор выделяет пять групп криминальной педофилии:

1-я группа — педофильные действия, совершенные молодыми преступниками под влиянием алкоголя, при отсутствии сексуальных отклонений; преступники этой группы также характеризуются примитивизмом личности;

2-я группа — педофильные действия в отношении близких родственников, важную роль в совершении которых сыграл хронический алкоголизм и примитивизм преступников;

3-я группа — педофильные действия на чувственной основе, когда молодые преступники сожительствовали с 13—14-летними девушками на добровольных началах;

4-я группа — педофильные действия на девиантной основе, в том числе и гомосексуальные педофильные действия;

5-я группа — педофильные действия, совершенные пожилыми лицами (в возрасте старше 60 лет), преимущественно на фоне психоорганического синдрома.

Lawrence [186] отмечает, что в 74% случаев жертвами педофилии являются девочки в возрасте 12—14 лет, в 8% — близкие родственники преступников. Причем в 10% случаев жертвы в результате педофильных действий были заражены болезнями, передающимися половым путем.

В результате обследования 47 девочек, ставших объектами педофильпых действий, Jaskiwicz-Obydzinska [151] пришла к выводу, что их можно условно разделить на три группы:

1-я группа — девочки в возрасте 4—6 лет; характерные их черты — легкость при знакомстве, смелость и доверчивость по отношению к незнакомым взрослым; их участие в педофильных контактах было пассивным и, как правило, происходило под психическим или физическим воздействием; контакты с преступником носили однократный характер;

2-я группа — девочки в возрасте 7—11 лет; половина из них добровольно допустила совершение сексуальных действий;

3-я группа — девочки в возрасте 12—15 лет (25%); 60 % из них воспитывались “на воле” и имели конфликтные отношения в семье.

De Jong [58] приводит следующие результаты обследования 142 мальчиков в возрасте от 6 месяцев до 17 лет, подвергшихся педофильной агрессии: педофильный

контакт носил характер анального коитуса в 78% случаев, его сочетание с орально-генитальным — в 40% случаев. Последствием этих действий были телесные повреждения, обнаруженные у 24% жертв (в том числе и в области прямой кишки) и только один мальчик нуждался в оказании психиатрической помощи в связи с попыткой самоубийства. Последний тезис подтверждают и другие авторы, указывающие, что психические последствия сексуальной агрессии чаще проявляются не у мальчиков, а у девочек [3].

Ponikiewska и Chrusciel [245] опубликовали данные обследования 12 педофилов-насильников. Их действия в 9 случаях имели гетеросексуальный характер, в 1 случае — гомосексуальный, а в 3 — инцестный характер. Общая характеристика обследованных представляется следующим образом: начальное образование, отсутствие профессиональной подготовки, наличие в анамнезе судимости, злоупотребление алкоголем, аморальный образ жизни, неуживчивость, негативные личностные черты, аберрационные склонности.

News-week [232] проявляет тревогу в связи с тем, что в США развратные действия с детьми принимают характер настоящей эпидемии: по разным данным, от 100 000 до 500 000 детей испытали их на себе. Dr Finkelhor сообщает, что 19% женского и 9% мужского населения страны подвергались в детстве сексуальной стимуляции, а от 2 до 5 миллионов американцев были жертвами инцеста, носившего у 73% гетеро- и у 30% гомосексуальный характер.

Проведенным нами исследованием [300] педофильный опыт был выявлен у 3,4% обследованных мужчин-алкоголиков, 5% мужчин-наркоманов и у 3,4% женщин-наркоманов. Во всех случаях партнеры были либо дальними родственниками, либо чужими людьми. В контрольной группе (200 мужчин и 200 женщин) наличия педофильного опыта не было отмечено ни в одном случае. Однако следует отметить, что истинная распространенность этого явления, видимо, значительно шире. Так, если в 1980 году при обследовании 660 пациентов с функциональными сексуальными расстройствами нами были выявлены лишь единичные случаи наличия у них педофильного опыта, то в экспертной практике за период 1982—1985 годов пришлось столкнуться со значительным количеством случаев криминальной педофилии. Более того, в последнее время участились случаи добровольного обращения в сексологическую клинику лиц, страдающих педофилией. Причем никто из них никогда не попадал в поле зрения правоохранительных органов, хотя и совершал педофильные действия неоднократно[*По поводу криминальной педофилии см. также список литературы № 388, 391, 396, 398, 400, 401, 406, 411, 414, 418, 419, 420, 427.].

В. ЭКСГИБИЦИОНИЗМ

[*Отечественным уголовным законодательством эксгибиционизм не выделяется в самостоятельный вид преступлений и подлежит наказанию в случае расценивания этих действий как развратных или хулиганских, а в ряде союзных республик (например, в Эстонии и Молдове) — как “удовлетворение половой страсти в извращенных формах”.]

Впервые это явление в 1877 году описал Lasseux [185]. По определению Имелинского" [144]: “Эксгибиционизм (самообнажение) представляет собой сексуальное отклонение, основанное на показывании (демонстрации) собственных половых органов незнакомым лицам и вне контекста, связанного с приготовлением к половому акту, с целью получения сексуального удовлетворения”.

Эксгибиционизм традиционно считается мужской “привилегией”. Однако ряд авторов [326, 394] отмечают, что некоторые женщины, например, занимающиеся профессиональным стриптизом, имеют определенные эксгибиционистские тенденции.

С позиций психоанализа эксгибиционизм относится к магическому поведению, направленному на преодоление комплекса кастрации; демонстрация полового члена является проявлением демонстрации мужской силы[*Символистическая обусловленность эксгибиционистского поведения подробно освещена в монографии И. С. Кона [371].].

Abraham [1] считает, что эксгибиционизм является проявлением садомазохизма или его тенденций: садистским потребностям удовлетворяет страх и возмущение жертвы

ситуацией, а также ее страх перед половым членом внушительных размеров, мазохистским же — желание быть осмеянным, особенно в случаях обладания эксгибициониста половым членом скромных размеров. Автор не исключает и возможности проявлений эксгибиционизма в качестве подготовительного мероприятия перед мастурбацией.

Значительную информацию о личностях и моделях поведения эксгибиционистов приводит Имелинский [144], описывающий и такие разновидности этого явления, как кандаулезизм, фроттаж и триолизм[*Определение этих понятий дано выше]. Он отмечает, что “социальная регуляция, ограничивающая демонстрацию актов эксгибиционизма, дает наиболее эффективные результаты тогда, когда она ориентируется не на репрессивные меры в отношении эксгибиционистов, а на изменение отношения общества к сексуальности в целом, в особенности к описываемой форме ее проявления”. Подобных же взглядов придерживается и Lernell [188], пишущий, что “врачи-психиатры и сексологи на основании всестороннего медицинского анализа эксгибиционизма приходят к убеждению, что эксгибиционисты — несчастные, достойные сочувствия люди, полностью находящиеся во власти сложившейся патологической ситуации и требующие оказания медицинской помощи. Их действия не носят характера физической агрессии и не представляют угрозы для общества. Применение к ним уголовного наказания неоправданно и может лишь усугубить патологию, но никак не ликвидировать ее”. По его мнению, эксгибиционизм занимает третье место среди всех сексуальных преступлений, регистрируемых правоохранительными органами. Это объясняется тем, что “органы следствия и суда слишком широко трактуют эксгибиционизм, понимая под ним чуть ли не любое обнажение тела, особенно его “стыдливых частей”, что приводит к неправдоподобному завышению данных о распространенности этого явления и его якобы существенном криминогенном значении”.

Teutsch [138] указывает на трудности этиопатогенетической интерпретации эксгибиционистского поведения, которое может быть как проявлением самостоятельного синдрома, так и встречаться в качестве одного из симптомов различных психических заболеваний, а кроме того, еще и сопутствовать ряду сексуальньхх девиаций (например, садомазохизму, педофилии) или выступать в качестве прелюдии к совершению и нормального, и насильственного коитуса, служить способом привлечения клиентов проституирующими лицами. Личность “стержневых” эксгибиционистов характеризуется автором следующим образом: неуверенные в себе, робкие, стыдливые, стеснительные, раздражительные, зависимые от настроения.

Bastami [15] расценивает эксгибиционизм как инфантильный сексуализм и рассматривает его генезис с психоаналитических позиций. По его мнению, эксгибиционисты составляют 30% от числа всех девиантов. Blair и Lanyon [27] описывают это явление в психодинамическом аспекте. Jones и Frei [155] считают, что данная девиация является архаичной формой экспрессии угрозы на фоне отсутствия чувства безопасности. Rooth [268] полагает, что эксгибиционизм в основном связан с педофилией, фроттеризмом и визионизмом. По мнению Snaith [286], эксгибиционизм может быть проявлением различных психических расстройств (как функциональной, так и органической природы), нарушений личности, а также происходящих из детства закрепленных стереотипов сексуального поведения.

Г. ИНЦЕСТ (КРОВОСМЕШЕНИЕ)

[*Советское уголовное законодательство не выделяет кровосмешение в самостоятельный вид преступлений. Правовая оценка этих действий осуществляется таким же образом, как и правовая оценка криминальной педофилии (см. далее).]

Под инцестом понимается сексуальная связь между близкими (кровными) родственниками. Степень родства регламентируется правовыми нормами, которые могут быть различными не только в разных странах, но с течением времени изменяться в одной и той же стране. Например, в Европе X века инцестом была объявлена половая связь между родственниками вплоть до 7-й степени родства. Это привело к тому, что

традиционно заключавшиеся аристократией близкородственные браки стали признаваться недействительными. Это достигло таких размеров, что Лютеранский собор 1215 года был вынужден ограничить инцест родством 4-й степени.

При изучении 110 обществ Brown [35] установил, что инцест был распространенным явлением в разные времена и во многих обществах, причем практически ни в одном из них не осуждался. Исключением являлись лишь монаршие династии некоторых древних государств (Египет, Персия сасанидов, Государство инков). Высказывается предположение, что инцест во многих обществах и культурах табуировался[262].

По мнению Podgorecki [242], наиболее распространенной формой инцестного контакта является контакт отец—дочь. Weinberg [332] различает три типа таких отцов: отцы-интроверты, отцы-психопаты (со склонностью к промискуитету) и отцы с психосексуальным инфантилизмом (со склонностью к педофилии). Эти мужчины достаточно широко практикуют инцестное поведение. Причем часть их жен по тем или иным причинам ограничивают либо полностью прекращают половую жизнь с супругом, а инцестное поведение мужей терпят или делают вид, что его не замечают. Жертвы инцеста нередко сами провоцируют своих отцов, а 75% дочерей не возражали против половой связи с ними, будучи в дальнейшем свободными в выборе сексуального партнера.

Halleck [116] считает, что почти 15% женщин имели опыт инцестных взаимоотношений со своими отцами или дядями. Причем, по данным Meiselman [221], более распространено инцестное поведение отцов по отношению к родным, а не к приемным дочерям. Gebhard [96] установил, что 10% насильников в свое время участвовали в инцестных контактах со своими матерями, сестрами или тетками.

Подробные сведения об инцестной системе отец—дочь приводит Lukianovic [205] на основании анализа 26 случаев из Северной Ирландии. Чаще всего такие связи возникали в многодетных семьях, относящихся к наиболее социально ущемленным слоям общества. Возраст дочерей колебался от 5 до 14 лет (в среднем 8,5 лет), а средний возраст отцов составлял 32,5 года. Связи продолжались от 4 месяцев до 12 лет, при частоте совершения инцестных контактов от ежедневных до одного раза в неделю. Автор отмечает, что 70% этих отцов являлись безработными и значительный процент их был представлен асоциальными личностями. Из обследованных мужчин 14 были психопатами, 5 — агрессивными психопатами и 4 — алкоголиками, но ни у одного из них не было выявлено признаков “больших” психических заболеваний или психоорганического синдрома. Пять отцов сожительствовали с одной из дочерей, трое — с двумя, двое — с тремя и один — с четырьмя дочерями. Матери (жены) происходили из многодетных семей и отличались агрессивностью в отношении своих мужей. Десять из них знали, что происходит в семье, но делали вид, что ничего не видят. Из всех жен только две обвинили своих мужей. У 13 женщин были диагностированы психические нарушения (у 8 — психопатия, у 2 — истерия и у 3 — неврозы). Из дочерей у 11 отмечались личностные расстройства и промискуитетные тенденции, 4 были проститутками, а 4 наблюдались у психиатров. Генез инцеста автор склонен трактовать с позиций социокультурной теории, отмечая, что ни один из отцов не был психически больным человеком, все они видели идеал мужчины в супермене, супруги их отличались чрезмерной терпимостью, а большинство дочерей воспринимало поведение отцов как нормальное явление. Кроме того, в этой работе рассматривается также 27 инцестных взаимоотношений в системах:

брат — сестра (средний возраст братьев 15,5 лет, сестер — 13 лет) — 15 случаев;
дедушка — внучка (средний возраст дедушек 55 лет) — 5 случаев;
дядя — племянница — 4 случая;
мать — сын (матери в возрасте 35—42 лет, сыновья —11—18 лет) — 3 случая.

У 25 лиц из этой группы были диагностированы психические нарушения.

Browning и Biatman [37] при обследовании 14 инцестных связей отец — дочь у всех дочерей обнаружили признаки и соматических, и психических (чаще страхи и депрессия), и сексуальных (преимущественно промискуитет) расстройств.

Slusarczyk [317], анализируя 310 случаев инцеста, выявленных в Польше в 1970—1975 годах, отмечает, что большинство из указанных связей поддерживалось на

протяжении от 1 года до 3 лет. Общими характерными чертами семей, в которых совершался инцест, были — многодетность, финансовые проблемы и выраженная материальная зависимость жертв от преступников. Основной причиной инцестного поведения был алкоголизм и злоупотребление алкоголем. Интересным является тот факт, что в случае рождения дочерью ребенка от инцестной связи “ее родители больше стыдились того, что дочь родила внебрачного ребенка, чем того, что он родился от ипцестной связи”. В выводах автор отмечает, что атмосфера в инцестных семьях в значительной степени отражала таковую и в обществе в целом: злоупотребление алкоголем, издевательство над членами семьи, матери, не занимающиеся своими детьми, супруги, не интересующиеся семьей[*Более подробно семейная патология при инцесте освещена в работе Oliver [418].].

Toulouse [322] является автором другого детального анализа инцестных семей. Им описаны 4 семьи, инцестные связи в которых были выявлены их домашним врачом, диагностировавшим тщательно скрываемую беременность у жертв. В первой семье, в которой было 11 детей, беременность наступила в результате связи брат — сестра. Беременность завершилась родами, но девушка бросила ребенка, ушла из семьи и установила связь с другим партнером. Во второй семье беременность также наступила от связи брат — сестра. Очень интересной в этом случае является реакция их матери — она переживала беременность дочери так, как будто сама была беременной, причем на сына она переносила роль собственного мужа. В третьей семье имелась связь между отцом и старшей из шести детей — 14-летней дочерью. Эта семья характеризовалась полным отсутствием интеграции с общественными нормами. Отец—параноик, сам заявил на себя в правоохранительные органы. Мать никогда не занималась детьми и передала старшей из дочерей роль жены. Девушка воспитывалась в интернатском учреждении, несколько раз организовывала групповые побеги из него, вступала в гомосексуальные контакты с подругами, над которыми осуществляла прямо-таки материнскую опеку. В четвертой семье существовала многолетняя связь брата с сестрой, от которой родились четверо детей. Причем их родители также были участниками инцестных отношений (отец — дочь, мать — дочь). Эти брат и сестра с раннего возраста воспитывались в разных интернатских учреждениях, и связь между ними возникла уже в зрелом возрасте, когда они практически впервые познакомились друг с другом.

Автор считает, что инцестные отношения в этих семьях можно охарактеризовать как признак “семейной дисфункции”, при которой подобные отношения между членами семьи являются средством сохранения ее целостности и предотвращают ее распад. В противоположность общественным нормам в этих семьях возникает “внутреннее семейное право”, отображающее страх перед внешним миром и запрещающее выход за пределы семейной группы. Семейная общность воспринимается как взаимная принадлежность друг другу, которая распространяется и на половые взаимоотношения включительно. Подобное функционирование семьи требует тайного поведения и беременности в ней нежелательны, поскольку, с одной стороны, приводят к временному распаду семейного монолита, а с другой — способствуют разглашению семейной тайны. Сохранение же тайны в первую очередь необходимо для того, чтобы “вина не упала на весь дом”. Поэтому каждый член семьи старается быть верным этому семейному миру гармонии.

Обсуждаемые семьи живут в своем замкнутом мире, а отсутствие контактов с внешним миром происходит в связи с его оценкой как общества, нормы которого противоречат внутрисемейным нормам, являющимся более понятными и простыми. Внутри замкнутой семейной системы может существовать множество предрасполагающих факторов или комплексов, которые ложатся в основу семейной патологии, выражающейся в том числе и в инцесте. В случаях установления связи между отцом и дочерью мать подсознательно или вполне осознанно как бы передает ей свое право сексуального обслуживания отца (мужа) полностью, или только в той части, которую не может или не хочет выполнять сама. Кроме того, связь отец — дочь может создаваться и в целях ее противопоставления матери (жене). Частой реакцией матери на такую конфронтацию является агрессия, направленная на дочь. При наличии нескольких дочерей выбор отца в установлении инцестной связи обычно падает на наиболее

пассивную из них, которая заведомо не может противостоять его домогательствам.

Установление же связи между братом и сестрой, как правило, имеет целью ослабить воздействие матери на сына. Оба варианта инцестных связей всегда сопровождаются конфликтами между сторонами, обусловленными либо отсутствием духовной общности, либо неудовлетворением сексуальных притязаний. Чаще мать исключается из супружеской подсистемы и занимает по отношению к дочери амбивалентную позицию, а при раскрытии тайны инцеста бывает “поражена” правдой.

Вербальные контакты в подобных семьях, как правило, лаконичны, разговоры на сексуальные темы табуированы. Лица извне воспринимаются членами семьи как чужаки. Члены этих семей позволяют попирать собственную индивидуальность во имя тождественности семейной группы в целом, а семейные роли при этом очерчены слабо. Так, в связи отец — дочь последняя часто воспринимает роль жены только как сексуального партнера. Матери же отказываются от этой функции для того, чтобы лучше организовать семейную жизнь и быт, ведут хозяйство, зачастую терроризируют семью гипохондрическим поведением. Роль отца неясна, так как он в полной мере не является ни отцом, ни мужем. В связях брат — сестра мать “делегирует” дочь для выполнения роли жены сына (брата), который “замещает” матери мужа. Благодаря этому мать избегает конфликтов, возможных при супружестве сына, и этим способом предотвращает распад семьи.

Baurman [17] к факторам, способствующим возникновению инцестных связей, относит: длительное отсутствие отца дома, патологию супружества, алкоголизм, социальную изоляцию, импотенцию, психопатии.

Kirkland и Bauer [166] сообщают, что в США ежегодно регистрируется около 36 000 случаев инцеста, причем 75% из них составляет связь отец—дочь. Обследовав с помощью теста MMPI[*MMPI — Миннесотский многопрофильный личностный опросник — один из самых распространенных психологических тестов для исследования личности и межличностных отношении. Имеет многочисленные модификации, в том числе приспособленные и для сексологического обследования] группу из 10 мужчин с инцестным опытом и контрольную группу из 12 нормальных мужчин, авторы установили, что в инцестной группе значительно выше показатели психопатизации, психоастенизации и шизоидности.

Emslie и Rosenfeld [71] провели обследование 65 детей, участвовавших в инцестных контактах: психотические расстройства были выявлены только у 8% детей (девушек). На этом основании исследователи сделали предположение о том, что инцест сам по себе не приводит к психопатологическим последствиям. Husain и Chapel [134] провели обследование 437 девочек-подростков, госпитализированных в пубертатном периоде в психоневрологическую клинику в связи с наличием эмоциональных расстройств. При этом они установили, что у 61 девочки из этой группы имелся инцестный опыт. При их обследовании выяснилось, что в большинстве случаев они стали объектом инцестных посягательств в переходном периоде между предпубертатом и пубертатом, а в тех случаях, когда инициатором инцеста являлся дед, контакты устанавливались на более ранних этапах биологического развития. Brooks [34] проанализировал отдаленные последствия инцеста для психики девочек. С этой целью им были обследованы зрелые женщины, имевшие в детстве инцестные контакты. При этом установлено, что у них по сравнению с типичной женской популяцией чаще проявляются эмоциональные расстройства (страх, депрессия), мазохистские тенденции, сексуальные и супружеские проблемы.

Renshaw [267] считает, что при сексологической оценке инцеста необходимо учитывать следующие факторы: степень родства партнеров, форму осуществления инцестных контактов (коитальные, некоитальные, какого вида), их гомо- или гетеросексуальный характер, возрастную комбинацию партнеров (взрослый — взрослый, взрослый — ребенок, ребенок — ребенок и т.д.), добровольность или насильственность отношений и степень насилия и согласия, содержание сексуальных фантазий и эротических сновидений у партнеров, наличие у них девиантных тенденций и их характер (например, полидевиантность), психопатологический профиль партнеров.

При обследовании алкоголиков и наркоманов, а также их партнеров нами [300]

было установлено, что инцестный опыт имели:

1,4% алкоголиков — мужчин (чаще с дочерьми);

14,1% их партнерш (чаще с отцами);

4% мужчин — наркоманов (с сестрами);

3% их партнерш (с отцами);

1% мужчин из контрольной группы (чаще с сестрами);

2% женщин из контрольной группы (чаще с отцами и дядями)[*По вопросам инцеста и его судебно-сексологической оценки см. также список литературы № № 386, 392, 398, 400, 401, 418, 431.].

Д. УБИЙСТВО

Если в процессе расследования появляется подозрение, что данное убийство могло быть совершено на сексуальном фоне (например, в связи с удовлетворением сексуальных потребностей или убийством постоянного сексуального партнера), то возникает необходимость участия в деле эксперта-сексолога. При этом от эксперта ожидают установления психосексуальной структуры личности преступника и выявления механизмов, которые могли бы руководить его поведением в момент совершения преступления.

Salwa [271] отмечает, что убийство любовницы чаще совершается по следующим мотивам: наличие нежелательной беременности, угроза возможной огласки связи (проявляющаяся в том числе и в форме шантажа со стороны любовницы), невозможность легализации связи, экономические факторы (невозможность содержания любовницы или экономическая зависимость от нее), характерологические особенности партнеров. Обычно убийство сначала вызывает у преступника чувство облегчения, а затем — страх перед наказанием. В случаях убийства жены автор указывает на следующие возможные мотивы совершения преступления: характерологические особенности партнеров, равнодушие жены к супругу, чувство своей ненужности в семье. Это приводит к обидам, раздражению, которые особенно усиливаются в состоянии алкогольного опьянения[*См. также список литературы № № 359, 422.].

К характерным признакам убийств, совершенных с целью удовлетворения преступником своих садистских и вампирских сексуальных потребностей. Alien [6] относит: нанесение ударов ножом в область молочных желез и половых органов жертвы, сосание и облизывание преступником возникших при этом ран, трение о них половым членом. В процессе совершения этих действий и при виде страданий умирающей жертвы у преступника могут появляться эрекция полового члена и семяизвержение. Совершающие такие убийства лица склонны к их периодическому повторению, причем в интервале между преступлениями они могут вести себя как совершенно нормальные люди[*См. № № 361, 363, 423.].

Hirschfeld [цит. по 142] различает шесть типов сексуальных убийств:

убийство, совершаемое с целью достижения оргазма (убийство из похотливых побуждений);

убийство, совершаемое в процессе переживания оргазма;

убийство, совершаемое с целью (или в процессе) подавления сопротивления избранной для удовлетворения сексуальных потребностей жертвы;

убийство, совершаемое с целью сокрытия сексуального преступления (например, изнасилования);

убийство, совершаемое с целью (или в процессе) лишения жертвы возможности призывов о помощи или прекращения этих призывов;

убийство, похожее на убийство, совершенное с целью достижения оргазма.

R. Lesniak, A. Szymusik, E. Lesniak [191] при обследовании 15 преступников, совершивших сексуальное убийство, установили, что 11 из них были моложе 30 лет, большинство являлись работниками физического труда с начальным образованием и происходили из среды большого города. В 7 случаях убийства сопровождались изнасилованием жертвы. По сравнению с преступниками, совершившими убийство не на сексуальной почве, сексуальных убийц отличает более высокий интеллектуальный

уровень, наличие нарушений в психосексуальном развитии и крайняя степень интроверсии. 75% обследованных совершили преступление в состоянии алкогольного опьянения. При судебно-психиатрической экспертизе у большинства из них установлена уменьшенная вменяемость или невменяемость, а при стационарном обследовании у многих были диагностированы психические заболевания.

При анализе 34 уголовных дел о сексуальных убийствах Kozarska-Dwjrska [174] установила, что в 31 случае убийство сопровождалось изнасилованием При этом у 30 преступников намерение убить жертву возникло в процессе совершения с ней полового акта. В 4 случаях убийство было совершено с целью достижения оргазма. У 19 убийц при обследовании выявлены сексуальные девиации, а у 8 — либо садизм, либо садистские черты. Функциональные сексуальные расстройства были выявлены у 7 преступников, нормальное половое влечение имелось у 14 убийц. В момент совершения преступления 70% обследованных находились в состоянии алкогольного опьянения. 52% лиц, совершивших сексуальное убийство, имели в прошлом судимость за совершение иных преступлений (хулиганство, разбой, нанесение телесных повреждений). 72% обследованных были не женаты.

На II симпозиуме польских сексологов [311a] Rydzek сообщил, что в период с 1966 года в Польше отмечается тенденция к ежегодному увеличению числа сексуальных убийств, а в среднем таких убийств ежегодно совершается 23. Многие мужчины, совершившие эти преступления, проявляли по отношению к женщине в обычной жизни несмелость, имели низкий культурный и интеллектуальный уровень.

Gurgul [115] подчеркивает некоторые характерные черты для рецидивирующих убийств, совершаемых из похотливых побуждений: случайный выбор жертвы, стереотипность действий преступника при совершении всех убийств, тщательный выбор места для совершения преступления, редкие случаи изуродования тела жертвы, серийность преступлений. Личность преступников, совершающих сексуальные убийства, автор характеризует следующим образом: это всегда мужчина, чаще в возрасте до 40 лет, действующий в одиночку, психопат, сексуально фрустрированный, не умеющий налаживать контакты с женщинами, конфликтный в быту и на работе, ничем не выделяющийся в толпе, вменяемый, первое убийство чаще совершающий не по сексуальным мотивам. 75% их жертв принадлежит к кругу близко знакомых или членов семьи. Причинами сексуальных фрустраций этих преступников являются импотенция, пороки строения полового члена, отвержение женщинами.

Имелинский [144] указывает, что “убийство с целью получения сладострастных переживаний является крайним проявлением садизма. Наслаждение и сексуальное удовлетворение достигаются убийством жертвы, что является крайним выражением исполнения над ней полной власти. (...) При убийстве с целью достижения наслаждения вовсе не обязательно половое сношение. Сексуальное удовлетворение может быть достигнуто путем имитации генитального проникновения в тело жертвы, при котором разрываются естественные отверстия тела, разрезается грудь, горло и половые органы, иногда может быть расчленено все тело”[*Характеристику повреждений на теле жертвы сексуального убийства см. список литературы № 365.].

III
МЕТОДОЛОГИЯ РАБОТЫ ЭКСПЕРТА-СЕКСОЛОГА

Глава I
Юридические аспекты

Сама возможность проведения врачом судебной экспертизы вытекает из следующего положения о врачебной профессии: “В профессиональные обязанности врача входят лечение, профилактика, а также дача врачебного заключения”. Popielski [246] отмечает, что “деятельность врача не ограничивается и не может ограничиваться только проведением лечения. Деятельность социального и профилактического характера также

является его прямой обязанностью. К обязанностям врача следует также отнести и сотрудничество с теми учреждениями, которые нуждаются в его знаниях”[*См. также список литературы № 360.].

Привлекаемый в качестве эксперта врач-сексолог должен не только иметь соответствующую профессиональную квалификацию, но также обязан обладать и чувством ответственности, быть объективным и в должной мере знать закон. Преступления, при расследовании которых могут быть привлечены эксперты-сексологи, определены уголовным законодательством. В Уголовном кодексе Польши эти преступления регламентированы следующими статьями:

Раздел XXII.
Преступления против свободы

Статья 168.

§ 1. Лицо, которое насилием, угрозой или обманом приводит другое лицо к вкушению похотливых действий, либо к выполнению таких действий, подвергается наказанию лишением свободы на срок от одного года до 10 лет.

§ 2. Если преступник действует с особой жестокостью или совершает похотливые действия, действуя совместно с другими лицами, то он подлежит наказанию лишением свободы на срок не менее 3-х лет.

§ 3. Привлечение к ответственности происходит по заявлению потерпевшего.

Статья 169.

Лицо, допускающее похотливые действия с лицом, которое полностью или в значительной мере не способно осознавать значение этих действий или управлять своими поступками, подлежит наказанию лишением свободы на срок от одного года до 10 лет [*Смысл ст. ст. 168, 169 УК ПНР фактически совпадает с таковым, изложенным в уголовном законодательстве СССР в отношении изнасилования, особенно в формулировке УК РСФСР.].

Статья 170.

§ 1. Лицо, которое путем злоупотребления зависимостью или безвыходным положением другого лица приводит его к вкушению похотливых действий либо к выполнению таких действий, подлежит наказанию лишением свободы на срок от 6 месяцев до 5 лет.

§ 2. Привлечение к ответственности происходит по заявлению потерпевшего” [*Смысл ст. 170 УК ПНР соответствует смыслу статей УК союзных республик о принуждении женщин к половой жизни.].

Popieski [248, 249] считает, что указанное в законе понятие “похотливое действие” порождает интерпретационные трудности и приводит следующее определение этого понятия: “Это любое действие, имеющее целью удовлетворение или возбуждение полового влечения при запрещенных законом условиях; это действие отчетливо и недвусмысленно носит сексуальный характер, а следовательно, является половым актом или его суррогатами, например — прикосновением к половым органам” [*В советском уголовном законодательстве не менее расплывчатыми являются понятия “развратные действия” и “удовлетворение половой страсти в извращенных формах”. Неконкретность этих определений приводит к тому, что одни и те же деяния зачастую расцениваются по-разному.]. Им приводится решение Верховного Суда ПНР, согласно которому легкомысленность и даже провоцирующее поведение жертвы не освобождает преступника от ответственности за совершение похотливых действий.

Раздел XIII.
Преступления против нравственности

Статья 173.

§ 1. Лицо, распространяющее периодические издания или иную литературу и

печатную продукцию, фотографии и другие предметы, имеющие порнографический характер, подлежит наказанию лишением свободы на срок до 2-х лет, ограничением свободы или наложением штрафа”[*Подобное положение содержится и в отечественном уголовном законодательстве.].

В настоящее время это положение закона практически не употребляется, что, в частности, обусловлено наличием большого количества подчас противоречивых определений понятия “порнография”.

“Статья 175[*Автором опущена ст. 174 УК ПНР — “Принуждение другого лица к проституции”].

Лицо, допускающее половое общение с родственниками по прямой линии, братом или сестрой, или с лицом, находящимся в наследственных отношениях, подлежит наказанию лишением свободы на срок от 6 месяцев до 5 лет”.

Это положение закона касается инцеста (кровосмешения) и подразумевает в равной степени как совершение полового акта, так и иных сексуальных действии (например, петтинга)[*См. примечания на с. 115.].

“Статья 176.

Лицо, допускающее похотливые действия относительно лиц моложе 15 лет, подлежит наказанию лишением свободы на срок от одного года до 10 лет”[*Смысл ст. 176 УК ПНР соответствует смыслу статей УК союзных республик, предусматривающих наказание за совершение развратных действий с несовершеннолетними, а в ряде республик (например, Узбекской ССР) — малолетними лицами либо лицами, не достигшими 16-летнего возраста (в Туркменской ССР, Таджикской ССР, Азербайджанской ССР и др.).].

Установленный законом возрастной критерий иногда порождает некоторые проблемы, поскольку внешний вид жертвы может создавать впечатление о том, что она уже достигла данного возраста. Это очень деликатная и трудная проблема. Можно подвергнуть сомнению определенный законом именно 15-летний возрастной рубеж в качестве критической границы для установления допустимости сексуальных действий с несовершеннолетними. В экспертной практике подобные ситуации требуют тщательного анализа конкретного случая и уровня физического и психического развития потерпевшей стороны. Нередко приходится сталкиваться со случаями, когда одна девушка-подросток не только выглядит взрослой, но и имеет .богатый сексуальный опыт, в то время как другая ее ровесница не только девственна, но и еще ни физически (биологически), ни психически (психосексуально) не достигла половой зрелости.

“Статья 177.

Лицо, допускающее совершение похотливых действий в присутствии лица моложе 15 лет или публично, подлежит наказанию лишением свободы, на срок до одного года, ограничением свободы или наложением штрафа”[*Уголовное законодательство СССР самостоятельной ответственности за подобные действия не предусматривает, а их совершение рассматривает либо как развратные действия, либо как хулиганство.].

Понятие “похотливые действия” в данном случае охватывает практически любые сексуальные действия (петтинг, орализм, анализм, сношение между бедер, половой акт в преддверии влагалища, полное половое сношение и т.д.). Под понятием “публично” подразумевается эксгибиционизм.

Помимо указанных статей в УК Польши имеются и другие, касающиеся преступлений, которые могут быть сопряжены с сексуальными преступлениями. К ним относятся:

“Статья 148. Убийство

Статья 155. Причинение тяжких телесных повреждений

Статья 156. Причинение телесных повреждений, не являющихся тяжкими

Статья 161. Заражение венерической болезнью

Статья 162. Заражение опасной для жизни болезнью[*Имеются в виду в том числе и опасные для жизни заболевания, передающиеся половым путем, например СПИД.]

Статья 184. Издевательство над малолетним либо беспомощным лицом
Статья 185. Спаивание малолетнего" .

Popiclski [248, 249] различает также действия, совершенные по сексуальным мотивам, но подпадающие под юрисдикцию других статей УК Польши, например:

"Статья 62. Мучение животных, издевательство над животными [*Подобные статьи содержатся и в УК некоторых союзных республик (например, в УК Эстонской ССР, УК Азербайджанской ССР).](например, при зоофилии)

Статья 197. Осквернение трупа человека (например, при некрофилии)

Статья 212. Уничтожение общественной или чужой собственности (например, в случаях гибели животных, явившихся объектом сексуальных притязании лица, страдающего зоофилией или зоосадизмом)

Статья 265. Подделка документов, использование фальшивых документов (например, лицами, страдающими транссексуализмом или трансвестизмом)"

Рассматриваемые здесь вопросы более подробно освещены в ряде руководств и монографии [188, 246, 247, 248, 249].

Глава II

Анализ материалов дела

Проведение анализа материалов дела является одним из основных экспертных действии, осуществляемых в процессе производства судебно-сексологической экспертизы. Экспертному изучению подлежат документы, в которых формулируются обвинение, показания свидетелей и другие материалы дела, содержащие сведения об обстоятельствах совершенного преступления. На основании их анализа у эксперта складывается общая картина преступления, а при изучении материалов гражданских дел (например, бракоразводных) — картина эволюции супружеской жизни. Нередко в материалах дела содержатся и заключения врачей-экспертов других специальностей (судебного медика, судебного психиатра, судебного психолога), данные которых представляют для эксперта-сексолога особую ценность.

Материалы дела содержат большое количество сведений об обследуемом лице. В процессе анализа этих данных образ подэкспертного складывается, как мозаика, из разрозненной информации: показаний свидетелей, родственников, членов семьи, показаний самого обвиняемого (которые нередко изменяются в ходе расследования), данных о его социальной среде и т.п.

Следует еще раз подчеркнуть, что тщательное изучение материалов дела дает эксперту возможность получить сведения, которые позволяют представить всю картину совершенного преступления и создать для себя определенный образ его участников. Несомненно, что возникающий в итоге у эксперта взгляд на имевшую место ситуацию и личность освидетельствуемого сам по себе не является основой для дачи заключения. Ценность создания подобных образов состоит в том, что на базе своего профессионального и жизненного опыта эксперт получает возможность целостного восприятия конкретного дела, так как каждое дело в чем-то неповторимо. В процессе последующего непосредственного общения эксперта с обследуемым лицом происходит индивидуализация, возникших при изучении материалов дела образов.

Примерно то же самое происходит и в зале судебного заседания, где образы имевшейся ситуации и личности подсудимого создаются у эксперта в процессе процедуры судебного разбирательства. При этом эксперт имеет и возможность непосредственного наблюдения за подэкспертным вне хода экспертизы, что позволяет установить ряд его личностных черт и психических потребностей, необходимых для выяснения поведенческих механизмов, руководивших его действиями в конкретной ситуации.

Опытные эксперты обычно имеют собственные методы анализа материалов дела. Одни из них рекомендуют тщательное и подробное изучение всех материалов дела путем

их прочтения “буквально страница за страницей”. Другие же, наоборот, считают, что первоначально надо лишь бегло просмотреть представленное дело для знакомства с ним по существу, а уже после проведения обследования подэкспертного следует провести тщательный анализ всех полученных материалов. По их мнению, такая методика позволяет эксперту не попасть под влияние версии, изложенной следователем. В своей экспертной работе мы также придерживаемся данной методики анализа материалов дела.

В связи с отсутствием типовой схемы существуют различные подходы к отображению материалов дела в соответствующем разделе заключения эксперта. Одни эксперты стараются как можно подробнее изложить полученные при анализе дела данные, другие же приводят лишь самое существенное, наиболее приближенное к предмету экспертизы и органически сочетающееся с данными объективного обследования подэкспертного и выводами эксперта. Следует отметить, что, хотя подробное изложение материалов дела в заключении эксперта и не имеет никакой ценности для суда и следствия, оно тем не менее весьма ценно для научных целей и фактически отражает под определенным углом зрения исследование конкретной человеческой субпопуляции.

Подробное изложение материалов дела в заключении является также одним из приемов, которым пользуются некоторые эксперты, стремящиеся доказать себе и другим, что они прилежно выполняют свои обязанности и ничего не упустили из виду. Располагающие большим опытом эксперты чаще переносят в свое заключение лишь те фрагменты дела, которые необходимы им для производства обследования и формулирования выводов.

Необходимо еще раз подчеркнуть, что как таковые данные материалов дела не могут играть решающей роли для экспертных выводов. Практика показывает, что совсем нередки случаи, когда эксперт в результате произведенных исследований приходит к выводам, прямо противоположным тем, которые вытекают из материалов расследования. Поэтому каждый эксперт должен проявлять воздержанность в доверии к данным, полученным следствием. Это вовсе не равнозначно отсутствию доверия к следствию, но заключение эксперта должно основываться только на полученных им лично объективных данных при обязательном условии полной независимости мнения эксперта от кого-либо.

Думается, что многие эксперты согласятся и с тем, что помимо задач конкретной экспертизы материалы дела часто являются для эксперта источником его познаний о повседневной жизни людей и тех средовых и личностных влияниях, которые обусловливают поведение человека. Эта познавательная роль материалов дела часто бывает значительно более существенной, чем та, которую могут сыграть самые объемные научные труды или выдающиеся произведения литературы и искусства. При изучении материалов дела подчас приходится встречаться с такими крайними формами человеческого поведения, которые превосходят границы самого богатого воображения и смыкаются с кругами дантова ада. В материалах дела можно встретиться и с проявлениями наивысшего альтруизма, а нередко в них можно найти и подтверждение распространенному мнению о том, что в каждом человеке дремлет двойственная личность, в которой мирно сосуществуют добро и зло.

Глава III

Специфика роли эксперта-сексолога

Та роль, в которой выступает врач при производстве судебной экспертизы, значительно отличается от обычного положения лечащего врача. Задача эксперта — это проведение исследования и дача заключения, которое может оказать существенное (хотя и не решающее) влияние на исход судебного дела. Тем не менее, эксперт все равно остается в широком смысле слова врачом и ему также присущи, как и всем врачам, характерные для медицинской профессии черты: доброжелательность, сочувствие и стремление оказать помощь. Однако, с другой стороны, эксперт в известном смысле представляет закон и общество, оценивает сложившуюся судебную ситуацию и

участвующих в ней лиц.

Если при проведении экспертизы врач-эксперт будет сверх меры приближать свою позицию к позиции лечащего врача, то это невольно может привести к более мягкой оценке им как сложившейся ситуации, так и личности подэкспертного. Напротив, если он будет чрезмерно отождествлять свою роль, с ролью правосудия, то такая позиция может привести к более жесткой оценке и данного дела, и личности обследуемого. Кроме того, в последнем случае между экспертом и освидетельствуемым в процессе экспертизы возникает специфическая дистанция, затрудняющая их общение. Таким образом, одной из главных задач эксперта при производстве экспертизы является определение своей позиции по отношению к делу и обследуемому лицу.

Не менее важными принципами, которыми должен руководствоваться врач в процессе экспертизы, являются объективность, внутреннее спокойствие и определенная эмоциональная дистанция по отношению к данному делу. В некоторых случаях создавшийся в ходе освидетельствования хороший контакт с обследуемым лицом исподволь может вызвать у эксперта большую эмоциональную близость к подэкспертному, чем, например, к его жертве. В других же случаях эмоциональная реакция эксперта на данное дело, наоборот, чисто по-человечески делает ближе ему жертву преступления, а не подэкспертного. Подобные ситуации могут негативно отразиться на перспективном видении экспертом всего дела в целом.

Обсуждая эти проблемы, некоторые эксперты занимают отстраненную позицию холодного медицинского технократа. Обследуемый для них является лишь предметом изучения, который надо сначала разложить на некие составляющие, а затем произвести их синтез. Но ведь любой эксперт является живым человеком со всем комплексом его специфических черт и поэтому перед ним в практической деятельности часто возникают следующие, проблемы:

1. *Внутренняя противоречивость выполняемой роли.* Как было сказано, между позициями эксперта и лечащего врача имеется принципиальная разница. Так, действия эксперта иногда могут походить на действия следователя. Нередко обследуемый при освидетельствовании занимает защитную позицию — лжет, отказывается отвечать на вопросы, извращает события, скрывает от эксперта важную информацию и т.п. В подобной ситуации эксперту иногда приходится для получения необходимой информации применять тактику перекрестных вопросов, повторять одни и те же вопросы с разными формулировками, постоянно направлять общение с освидетельствуемым в нужное русло и т.п. Между этой ролью и привычной ролью врача имеется столь значительное различие, что при производстве экспертизы у врача-эксперта неоднократно может возникать сомнение в том, что подобная тактика действительно соответствует его роли.

2. *Тяготение ответственностью за участь подэкспертного.* При производстве экспертизы по некоторым делам эксперт отдает себе отчет в том, что его заключение может оказать существенное влияние на степень наказания обследуемого лица или способствовать доказательству его вины. При этом не исключается, что имеющиеся у сексолога как специалиста профессиональные убеждения, например, в том, что лишение свободы не является наилучшим решением проблемы сексуальных девиаций, также может наложить отпечаток на принятие им определенного решения.

Сам факт осуждения подэкспертного не без помощи заключения эксперта может вызвать, ассоциации роли эксперта с ролью прокурора. Эти эмоции наиболее сильно проявляются в тех случаях, когда в ходе обследования экспертом устанавливается, что механизмы, приведшие обследуемого к преступному поведению, возникли главным образом из-за влияния окружающей среды. Естественно, что при этом эксперт считает истинным виновником происшедшего не обследуемое лицо, а других лиц.

Наибольшее количество сомнений у эксперта обычно возникает при решении вопроса о вменяемости подэкспертного. При этом не исключается, что в некоторых случаях невменяемость обследуемого может устанавливаться экспертом исходя не из объективных данных, а из-за наличия у эксперта защитной реакции. Подобные случаи возникают, когда у эксперта преобладают ассоциации своей роли с ролью лечащего врача.

В случае возникновения любых сомнений врач всегда должен помнить, что умышленное приспособление своего мнения в целях улучшения положения подэкспертного может привести к дискредитации его как эксперта[*Советским уголовным законодательством предусмотрена ответственность эксперта за дачу заведомо ложного заключения.].

3. *Проблема большой загруженности работой.* Большая загруженность работой, особенно в случаях, когда в качестве эксперта привлекается врач, основной деятельностью которого является лечебная или научная работа, что несомненно вызывает усталость и, как результат, — спешку и рутинное отношение к проведению порученной экспертизы.

К этому же может приводить и оказываемое нередко правоохранительными органами давление на эксперта с целью скорейшего проведения или завершения экспертизы. Эксперт обязан никогда не поддаваться подобному нажиму и не упрощать свою жизнь халатным отношением к своим обязанностям.

4. *Диагностические проблемы.* Время от времени эксперт в своей работе встречается с определенными диагностическими трудностями, которые бывают обусловлены тем, что имеющаяся у освидетельствуемого патология мало ему знакома. Определенным решением этой проблемы является привлечение к участию в экспертизе других специалистов, в том числе и более опытных экспертов. В некоторых случаях для решения этих проблем может возникнуть необходимость в производстве данной экспертизы не амбулаторным, а стационарным способом.

Однако не так редко встречаются эксперты, которые считают себя непревзойденными специалистами в своей области, знающими все тонкости своей специальности. Обычно такие эксперты при появлении диагностических проблем, дабы “не потерять свое лицо”, пренебрегают возможностью консультации с другими врачами и дают заключение единолично. “Ценность” подобного заключения не требует комментария.

Некоторые эксперты с целью придания своим заключениям большей наукообразности перегружают их специальными терминами. Естественно, что такие заключения трудночитаемы и малопонятны для работников суда и следствия и самого подэкспертного.

5. *Проблемы, обусловленные поведением обследуемого лица.* Поведение освидетельствуемого нередко требует от эксперта хорошего владения собой, сдержанности и терпеливости. Обследуемые могут быть грубы, лживы, агрессивны, циничны и т.п. Не исключено и эротическое заигрывание обследуемого с экспертом (особенно в случае, когда они имеют разную половую принадлежность). Освидетельствуемые с целью получения заключения в свою пользу могут пытаться своим поведением разжалобить эксперта. Возможна и апелляция обследуемого к половой идентичности эксперта (например — “ведь мы, мужчины, знаем, какие они на самом деле эти женщины”).

Следует учитывать и то, что некоторые обследуемые имеют значительные познания в области сексологии и, пользуясь этим, стремятся затруднить работу эксперта.

6. *Проблемы, обусловленные личным опытом эксперта.* Влияние этих проблем на работу врача-сексолога, занимающегося лечебной деятельностью, освещалось нами ранее [302]. Однако в доступной литературе отражено очень слабо. Здесь следует особенно учитывать возможность идентификации сложившейся у подэкспертного или его жертвы ситуации с аналогичной из личного жизненного опыта самого эксперта. Это лишний раз подтверждает тезис о том, что кроме высокого профессионализма эксперт должен иметь и определенный уровень гражданской зрелости, дабы не дать волю чувствам и эмоциям взамен объективности.

7. *Проблемы, обусловленные культурой.* Не исключается возможность значительного расхождения между личными взглядами эксперта на сексуальные нормы и жизненные ценности по сравнению с таковыми у обследуемого лица. Поскольку эти понятия имеют выраженную средовую и культурную обусловленность, то эксперт обязан знать особенности отношений к сексу, полу и половой роли в различных средах и субкультурах.

Глава IV

Организационно-методические аспекты. Характеристика и оценка поведения подэкспертного

Наиболее подходящим местом для проведения судебно-сексологического обследования является врачебный кабинет. Это обусловлено тем, что, во-первых, в привычной обстановке врачу и технически, и психологически легче проводить обследование, а во-вторых, обстановка врачебного кабинета знакома с детства каждому человеку и поэтому внушает обследуемому чувство больше безопасности и больше доверия к эксперту. Более того, специфическая атмосфера врачебного кабинета подсознательно ассоциируется у подэкспертного с местом, где интересуются состоянием его здоровья и оказывают помощь. Однако изредка встречаются случаи, когда медицинское учреждение, наоборот, вызывает у обследуемого негативные ассоциации, подсознательный страх и даже враждебность[*Чаще с подобной ситуацией приходится сталкиваться при обследовании детей, которых нередко с раннего детства взрослые пугали врачом, как жупелом, и у которых обстановка врачебного кабинета может ассоциироваться с возможным причинением боли.].

Нельзя признать оптимальным вариантом проведение судебно-сексологического обследования во врачебном кабинете, расположенном в помещении правоохранительных органов[*Например, в помещении медсанчасти следственного изолятора]. В этой ситуации личность эксперта ассоциируется у обследуемого скорее не с врачом, а с представителем тех органов, в помещении которых производится обследование. Это следует отнести и к случаям проведения освидетельствования в помещении суда. Обследуемые при этом часто считают, что эксперт является штатным сотрудником судебных органов, что, естественно, не вызывает к нему особого доверия. В указанных случаях освидетельствуемые воспринимают эксперта не как врача, а как лицо, выполняющее следственные действия, представляющее интересы только правосудия и, следовательно, неспособное к объективности. Нередки случаи, когда подэкспертные в этих условиях отказываются отвечать на вопросы эксперта и проходить непосредственное обследование, поскольку убеждены в его заведомой бессмысленности, мотивируя отказ тем, что “и так известно, какой будет результат”. Если у врача нет возможности произвести обследование в иных условиях (а добиваться такой возможности эксперт обязан в каждом случае), то целесообразно начать беседу с подэкспертным с того, чтобы выразить свое недовольство необходимостью проведения обследования в таком месте. При производстве обследования в подобных условиях эксперт должен приложить все силы для создания спокойной и доверительной атмосферы.

Вне зависимости от конкретного места производства обследования важно, чтобы в кабинете находились только эксперт и освидетельствуемое лицо. Часто под предлогом выполнения соответствующих инструкций при освидетельствовании присутствуют сотрудники милиции. Однако именно подобная ситуация противоречит целям судебно-сексологической экспертизы и заведомо ограничивает ее возможности. Более целесообразно оборудовать кабинет для проведения экспертизы таким образом, чтобы обследуемый не имел возможности совершить побег[*Кроме принятия обычных мер предосторожности (зарешеченные окна, специальные или кодовые замки в дверях), идеальным вариантом решения этой проблемы является оборудование между кабинетом эксперта и коридором тамбура-шлюза, в котором на время проведения обследования размещаются сопровождающие подэкспертного сотрудники правоохранительных органов, имеющие возможность визуально контролировать поведение своего подопечного (через застекленное окошко в двери, дверной “глазок” или с помощью телевизионной системы)].

Абсолютно естественно, что сексологическое обследование требует соблюдения атмосферы особой интимности, так как большинство людей проявляет естественную

сдержанность в обсуждении подробностей своей интимной жизни, если в кабинете присутствует еще кто-либо кроме врача.

В последнее время многие врачи (особенно психиатры) предпочитают не пользоваться медицинским халатом при проведении обследования. При производстве судебной экспертизы это недопустимо, так как обычная гражданская одежда ассоциируется у обследуемого с уже привычной для него “униформой” работников следствия, а наличие на эксперте халата закономерно вызывает в памяти случаи общения с врачом. Поэтому наличие на эксперте типичной медицинской одежды играет значительную роль в создании наиболее подходящих для обследования условий и спокойного самочувствия освидетельствуемого.

Несомненно, оптимальным является установление контакта с обследуемым лицом в самом начале встречи. Достижению этой цели с успехом служат очень простые вещи: необходимо поздороваться с обследуемым, представиться ему и указать свою специальность, подчеркнув при этом службу в органах здравоохранения, а не в судебно-следственных органах. Нам не пришлось бы акцентировать внимание читателя на столь элементарных вещах, если бы, к сожалению, не приходилось нередко наблюдать экспертов, отличающихся непомерным .чванством. Само собой разумеется, что из-за таких незначительных на первый взгляд моментов трудно установить нормальный контакт с обследуемым, который уже с самого начала общения с экспертом проявляет настороженность и недоверие. В конечном итоге подобные “мелочи” не только затрудняют производство обследования, но и сказываются на качестве экспертизы.

Для установления нормального контакта с подэкспертным очень важно даже то, как обследуемый и эксперт в процессе беседы сидят по отношению друг к другу. С точки зрения психологии оптимальным является такое расположение участников беседы, когда они сидят достаточно близко друг к другу и располагаются между собой под острым углом. Расположение под прямым углом (так распространенное у следователей) создает естественную дистанцию в общении и ассоциируется с имеющимся у обследуемого опытом участия в допросах. Недопустимо и расположение эксперта слишком близко (“бок о бок”) с обследуемым, так как подобная позиция нарушает имеющийся у каждого человека врожденный психологический барьер интимности[*В качестве примера достаточно вспомнить имеющийся у каждого опыт поездок в общественном транспорте, когда любой заведомо непреднамеренный телесный контакт с другими пассажирами неожиданно вызывает целую гамму негативных ощущений и эмоций.]. Нам кажется нежелательным и разделение эксперта с обследуемым таким привычным барьером, как стол, придающий общению подчеркнуто официальный характер и впечатление непреодолимой дистанции.

Идеален вариант, когда эксперт обладает хорошей памятью и не делает в процессе беседы каких-либо записей, по крайней мере подробных. Однако чаще это неосуществимо, поскольку в процессе обследования эксперту приходится фиксировать очень большой объем информации. В ряде случаев бывает необходимо внести в заключение не только весь объем получаемой информации, но и изложить ее с сохранением употребляемых обследуемым оригинальных формулировок. Поэтому эксперт должен владеть определенной техникой конспектирования и кодовой записи, а желательно — и стенографией. Такая постановка вопроса позволила бы эксперту лишь иногда делать лаконичные записи, а в целом доминировала бы атмосфера свободной беседы[*Неплохую службу эксперту может оказать и запись всей беседы с освидетельствуемым на магнитофон. Разумеется, что, по понятным причинам, запись должна проводиться “скрытым” способом и не прерываться манипулированием с клавишами магнитофона.].

Подробная запись всего, что говорит обследуемый, приводит к возникновению барьера в общении и стимулирует утаивание освидетельствуемым важной для эксперта информации. Проведение же вербального общения с обследуемым в ходе экспертизы в форме беседы, наоборот, способствует установлению нормального контакта с ним и подталкивает подэкспертного к доверительности.

Несмотря на то что судебно-сексологическое обследование не идентично обычному обследованию, производимому в лечебном учреждении, он все равно является одним из

вариантов контакта врача с обследуемым лицом, и поэтому должно проводиться с соблюдением некоторых общепринятых медицинских правил. Вежливость, терпеливость, создание соответствующей психологической атмосферы безопасности и доброжелательности — те непременные принципы, которыми должен руководствоваться эксперт при производстве обследования для того, чтобы освидетельствуемый ощущал себя не допрашиваемым или изучаемой “букашкой”, а полноценным (хотя и не равноправным) у частником диалога.

Эксперту не менее важно при первой встрече с освидетельствуемым оградить себя от так называемого эффекта первого впечатления, оцениваемого в психологии как особо существенного момента в человеческом общении. Значительность этого положения для эксперта вполне понятна, гак как многие обследуемые в процессе судебной экспертизы лица ни своим внешним видом, ни своим поведением не вызывают позитивных реакций, а зачастую прямо провоцируют неприязнь.

Необходимо помнить о том, что первая встреча с экспертом имеет свою специфику и для обследуемого, который, естественно, чувствует угрозу в производимой экспертизе, а зачастую бывает запуган и недоверчив. Осознавая психологическую значимость первого впечатления, эксперт должен постараться приложить все усилия для того, чтобы оптимизировать его и для себя, и для подэкспертного.

В ходе обследования освидетельствуемый часто занимает защитную позицию: отказывается отвечать на вопросы, дает излишне лаконичные или уклончивые ответы, отказывается участвовать в психологическом тестировании, не желает раздеваться для проведения объективного обследования и т.п. Поэтому очень важно с самого начала встречи создать такую атмосферу, которая смогла бы нейтрализовать защитные реакции обследуемого, либо по крайней мере максимально их сгладить. В эффективности таких мер мы неоднократно убеждались на собственном опыте, и лишь в редких случаях не удавалось сломить упорную “оборону” подэкспертного, которая так затрудняет все исследование. Натиск, спешка, небрежное отношение к обследованию и тем более агрессивное поведение эксперта лишь могут сделать вообще невозможным проведение экспертизы.

Случается, что обследуемый проявляет прямую агрессию по отношению к эксперту. Чаще всего это является проявлением имеющегося у подэкспертного страха перед ожидаемым наказанием. Для купирования подобной ситуации наиболее подходит умелое применение описанных в соответствующей литературе обычных психотерапевтических методов воздействия, которыми, конечно же, в необходимом объеме должен владеть и эксперт[*Могут иметь место и случаи прямой физической агрессии подэкспертного, причем направленной не только на эксперта, но и на самого себя. Для профилактики подобных эксцессов (кроме мер предосторожности, отмеченных в примечаниях) следует заведомо исключить возможный доступ освидетельствуемого к расположенным в кабинете острым или тяжелым предметам, а легко передвигаемые предметы обстановки (стулья, вешалки, медицинскую мебель) прочно прикрепить к полу или стенам.].

На всем протяжении обследования эксперт должен оценивать не только различные вербальные и невербальные проявления поведения подэкспертного, но и обязан отражать их в своем заключении. Наблюдение за поведением освидетельствуемого и его психологический анализ позволяют эксперту решать определенные диагностические вопросы, а также предоставляет большую информацию о личности обследуемого и о его реакциях на поступаемые от врача конкретные вопросы и другие сигналы.

Для наблюдателя важна поза, занимаемая подэкспертным в процессе обследования, в том числе и поза, в которой он сидит. Она может быть разнообразной и свидетельствовать о различном состоянии обследуемого. Так, застывшая, как бы окоченевшая, поза может быть проявлением дистанции к эксперту; напряженная, напоминающая позу человека, изготовившегося к прыжку или бегу, может отображать защитные позиции обследуемого или свидетельствовать о его готовности к агрессии. Поза “развалившись” указывает на уверенность в себе, чувство превосходства, как бы говорит, что “ничего вы не докажете”. Напряженно сцепленные пальцы рук могут свидетельствовать о высокой степени самоконтроля. Свободная, раскрепощенная и естественная поза указывает на открытость и проявление доверия. В процессе

обследования поза освидетельствуемого может неоднократно меняться.

Столь же разнообразной может быть и походка подэкспертного: быстрая, уверенная, семенящая, неустойчивая и т.п. Характер походки может свидетельствовать о некоторых неврологических заболеваниях или указывать на конкретное психическое состояние обследуемого, например, на испытываемое чувство страха.

Важна и оценка мимики освидетельствуемого. Так, если он смотрит в глаза эксперту прямо, это может быть проявлением доверия, чувства безопасности, но в то же время и проявлением вызова, агрессии. Если же обследуемый избегает встречаться взглядом с экспертом, это может свидетельствовать о лживости, отсутствии доверия, угрызениях совести, стыдливости. Когда обследуемый сидит не поднимая головы и устремив взгляд в пол, то чаще это выражение осознания вины, но может быть и проявлением страха или отсутствия доверия. Из приведенных примеров видно, что мимика освидетельствуемого может служить источником существенной информации, но ее интерпретация далеко не всегда проста, так как одно и то же выражение лица может быть проявлением разных чувств. Для правильного понимания мимической реакции в каждом конкретном случае необходимо подобрать ключ к установлению их соответствия определенному психическому состоянию обследуемого.

Немало информации дают эксперту и характеристики голоса освидетельствуемого (громкий, крикливый, обычный, тихий и т.п.), его речи (плавная, неуверенная, а также болтливость, молчаливость и т.п.), внимания (рассеянность, напряженное, прерывистое, невнимательность и т.п.), эмоций (смех, усмешка, страх, плач, шутка и т.п.), сотрудничества с экспертом (интерес, неуверенность, осторожность, задиристость, заискивание и т.п.). Большое значение может иметь и общая позиция обследуемого по отношению к эксперту (превосходство, наглость, сарказм, пренебрежение, фамильярность, панибратство, лесть, кокетство, предупредительность, доверительность, отчужденность, враждебность, беспомощность и т.п.).

Исходящие от обследуемого эти и другие сигналы о его состоянии могут изменяться на протяжении обследования. Многогранность таких сигналов требует для их правильной интерпретации хорошего знания психики и индивидуальности личности подэкспертного. Их отражение в заключении эксперта должно носить скорее описательный, а не оценочный характер, так как многозначность подобных сигналов не исключает их ошибочной трактовки.

Поведение обследуемого в процессе экспертизы нередко дает эксперту много важной информации о личности и поведении освидетельствуемого в той конкретной ситуации, которая и послужила причиной возбуждения данного дела. Однако не следует забывать, что сам отбор этой информации и ее оценка экспертом субъективны и поэтому интерпретация получаемых данных должна быть очень осторожной.

Если в процессе обследования в поведении подэкспертного доминирует защитная позиция, то ее отражение в заключении эксперта необходимо как обоснование скудности получаемой в таких случаях вербальной информации.

Не менее важно и поведение в процессе обследования самого эксперта, так как оно индуцирует, а может и провоцировать, соответствующее поведение подэкспертного. Следует помнить, что в такой особой ситуации, какой является сексологическое обследование, освидетельствуемое лицо очень чутко реагирует на поведение эксперта и со своей стороны тоже обращает внимание на его мимическую и вербальную реакцию, включая их в свою программу защитного и манипуляционного поведения. Нередко обследуемый по чуткости и наблюдательности не уступает многим профессиональным психологам, а та чрезвычайная ситуация, которой выступает сама экспертиза, лишь обостряет его восприимчивость. Уловив слабые стороны эксперта, освидетельствуемый иногда использует воздействие на них не только в процессе производства экспертизы, но и при последующем общении с экспертом в зале суда.

Когда поведение эксперта не кажется обследуемому угрожающим и воспринимается им как доброжелательное, приветливое и если не сочувствующее, то по крайней мере понимающее — это не только способствует благоприятному течению самого обследования, но иногда приводит к установлению будущего терапевтического контакта. Мы неоднократно встречались со случаями, когда после завершения бракоразводного

процесса или отбытия наказания бывшие подэкспертные по собственной инициативе обращались к нам по поводу лечения. По их словам, побуждающим моментом к этому послужило именно доброжелательное и тактичное поведение врача при производстве экспертизы, явившееся источником доверия к нему и стимулировавшее осознание необходимости лечения.

Ряд сексологов подчеркивает значение искусства эксперта вникнуть в сложившуюся у обследуемого ситуацию, что особенно важно при наличии у последнего девиантного поведения. Это имеет значение не только для лучшего установления контакта с освидетельствуемым и предупреждения взаимных отрицательных эмоций, но служит и лучшему пониманию экспертом всего дела, а также способствует определенному человеческому сближению с подэкспертными, которые хорошо это чувствуют.

Глава V

Сексологический анамнез

Сбор, изучение и оценка сексологического анамнеза обследуемого лица — один из важнейших, обязательных компонентов как клинического, так и судебного сексологического исследования. Несмотря на то что в обоих случаях количественные и качественные характеристики собираемых данных могут совпадать, процедура их сбора и верификации существенно разнится. Это обусловлено той изначальной разницей в положении подэкспертного и больного, которая определяет их неодинаковое отношение к обследованию в целом, в том числе и к его анамнестической части. Имея внутреннее убеждение в необходимости соответствующего обследования и лечения, больной человек по собственной инициативе обращается за помощью к врачу-сексологу. Будучи заинтересован в достижении эффективного конечного результата лечения, пациент не только воспринимает анамнестическое обследование как необходимую, хотя, может быть, и не очень приятную процедуру, но зачастую и сам старается активно помочь лечащему врачу в ее проведении. Более того, многие больные даже бывают рады представившейся возможности “наконец-то излить душу”. В связи с этим сбор сексологического анамнеза в клинической практике, как правило, не представляет для врача-сексолога больших трудностей и не требует значительных затрат времени[*Сбор сексологического анамнеза в сексопатологической клинике, его объем, техника сбора и клиническая верификация — см. список литературы № 377.].

В противоположность клиническому судебно-сексологическое обследование производится только по инициативе правоохранительных органов. При этом если жертва полового насилия может быть убеждена в необходимости проведения такого обследования и уж, во всяком случае, заинтересована в объективности его конечного результата, то, за исключением редких случаев, едва ли это можно сказать и об обвиняемой стороне. Естественно, что в последнем случае как само обследование в целом, так и его анамнестическая часть вызывают со стороны подэкспертного лишь негативные реакции. При этом не только не приходится ожидать какой-либо помощи от обследуемого, но часто для получения необходимых сведений эксперту требуется запастись отменным терпением и применить все свое профессиональное мастерство для преодоления воздвигаемых перед ним на этом пути препятствий.

При сборе сексологического анамнеза в процессе производства судебно-сексологической экспертизы у лиц, подозреваемых и обвиняемых в совершении сексуальных преступлений, эксперту-сексологу часто приходится сталкиваться со следующими типичными проблемами:

А. Многие из преступников происходят из примитивной социальной среды, имеют весьма посредственное образование и обладают соответствующим уровнем интеллекта. В связи с этим у них возникают значительные трудности вербального восприятия и осмысления даже самых простых вопросов.

Б. Во многих субкультурах, к которым часто относятся преступники, жаргон замещает значительный объем обычной разговорной речи. Особенно это имеет

отношение именно к терминологии, употребляемой для обозначения всего того, что связано с сексуальной сферой. Естественно, если эксперт не знаком с подобной терминологией, то получение каких-либо сведений от обследуемого и тем более их верификация будут крайне затруднены. При этом не исключается, что и освидетельствуемый не сможет понять смысла значительной части задаваемых ему вопросов. Поэтому эксперт не только обязан понимать специфику языка подэкспертного, но и должен создавать ему все условия для правильного понимания смысла задаваемых вопросов и для изъяснения своих мыслей привычным для него образом.

В. Общий невысокий уровень культуры и низкий уровень элементарной сексологической образованности общества может приводить к непониманию и (или) неправильному пониманию освидетельствуемым даже простых общепринятых сексологических терминов, употребляемых экспертом. Часто, не понимая вопроса и стыдясь этого, обследуемый дает либо чисто формальные (“чтобы отвязались”), либо ошибочные ответы. Все сказанное, равно как и заведомо ошибочные ответы на непонятные вопросы, может привести к неумышленной дезинформации эксперта. Например, не зная, что такое эрекция полового члена, живущий регулярной половой жизнью обследуемый, сам считающий себя вполне потентным мужчиной, говорит, что “этого у меня никогда не бывает”.

Незнание элементарной терминологии из области сексуальной жизни настолько широко распространено, что в большинстве случаев целесообразно при формулировании вопросов вместо специфических терминов приводить соответствующие им описательные характеристики.

Г. Проблема получения сведений об интимной жизни. Эксперту-сексологу следует помнить, что в некоторых общественных средах и субкультурах по-прежнему существует низкий уровень сексуального сознания, считаются недопустимыми любые разговоры на сексуальные темы, а сама сексуальная жизнь может табуироваться и регламентироваться обычаями. Поэтому нет ничего удивительного в том, что происходящие из такой среды подэкспертные при попытке выяснения интимных сторон их жизни испытывают замешательство и стыд, которые могут ошибочно восприниматься экспертом как проявления защитной реакции.

Д. Умышленное сокрытие важной информации и умышленная дезинформация. Подобная реакция освидетельствуемого характерна для ответа на вопросы, задаваемые с целью получения сведений, которые, по мнению подэкспертного, могут носить отягчающий для его участи характер. Это нередко бывает, например, при выяснении деталей настоящего случая, попытке установления аналогичных случаев в прошлом, а также при постановке вопросов, касающихся наличия у обследуемого девиантного сексуального поведения.

Е. Проблема разнополости эксперта и подэкспертного. Не так редко встречается, что при сборе сексологического анамнеза, производимом экспертом противоположной половой принадлежности, освидетельствуемый бывает не в силах преодолеть культурно обусловленный психологический барьер обсуждения сексуальных вопросов с лицом другого пола. Чаще это бывает в ситуации эксперт-женщина и подэкспертный-мужчина. Иногда в подобной ситуации подэкспертный даже старается облагородить и приукрасить свою сексуальную биографию, зачастую просто отказывается отвечать на специфические вопросы. Как правило, в этих случаях при замене эксперта другим, имеющим ту же половую принадлежность, что и обследуемое лицо, положение выправляется[*Не меньшую роль данная проблема играет и при производстве объективного обследования подэкспертного экспертом противоположного пола и при допросе участников сексуального преступления следователем, имеющим противоположный допрашиваемому пол.].

Учитывая, что большинство лиц,, совершивших сексуальное преступление, мужского пола, с низким уровнем культуры и образования, происходит из примитивной социальной среды, обладает стереотипным пониманием половой роли и поэтому проявляет по отношению к женщинам генерализованную агрессию, — привлечение в качестве эксперта-сексолога врача-женщины имеет свои ограничения.

Специфика судебно-сексологической экспертизы по уголовным делам требует

различного, обязательно индивидуального подхода к выбору методики анамнестического обследования. Если в одних случаях можно собирать анамнез по принципу “от начала до конца”, то в других лучше предоставить освидетельствуемому возможность изложить свою сексуальную биографию в форме свободного рассказа, лишь иногда умело направляемого экспертом в нужное русло. В третьем же случае более правильным будет придание анамнестическому обследованию формы непринужденной беседы.

Для получения достаточной и достоверной информации немаловажна и последовательность задаваемых вопросов. Как правило, вопросы психотравмирующего и провокационного свойства (например, связанные с обстоятельствами дела или наличием девиантного поведения) по понятным причинам стоит задавать не в начальной, а в завершающей фазе сбора анамнеза. В то же время в начальной стадии опроса тактически целесообразно поинтересоваться у обследуемого, а в чем собственно, по его мнению, заключается суть данного дела. Обследуемый чувствует себя более спокойно и уверенно в том случае, если эксперт производит впечатление не до конца информированного лица. Обратная реакция возникает, если эксперт дает почувствовать обследуемому, что данное дело известно ему досконально.

Всегда способствует лучшему установлению контакта демонстрация экспертом такой позиции: его ничего не удивляет, он не следователь, а врач, и поэтому воспринимает данное дело с позиций медицинских и общечеловеческих, а не с позиций представителя закона.

Применяемая некоторыми экспертами порочная тактика заигрывания с подэкспертным для получения необходимой информации, сопровождаемая посулами помощи, вопреки ожидаемому облегчению контакта, наоборот, может только его затруднить, так как подобный альтруизм со стороны врача естественно вызывает у обследуемого недоверие и лишь способствует отождествлению личности эксперта с представителем органов правосудия.

В качестве возможного варианта схемы сексологического анамнеза при производстве судебно-сексологической экспертизы приводим схему, которая обычно используется нами в этих случаях:

I. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ:

возраст;

место рождения;

образование;

профессия, место работы;

семейное положение, наличие и число детей;

увлечения (хобби), интересы, мировоззрение;

перенесенные заболевания, операции;

вредные привычки (курение, употребление алкоголя и наркотиков, токсикомания, пристрастие к отдельным ненаркотическим лекарственным препаратам).

II. ПЕРИОД ДЕТСТВА:

социальное происхождение (из семьи рабочих, крестьян, интеллигенции и т.п.);

информация о беременности и родах (рождение обследуемого);

развитие в раннем детстве и заболевания в этом периоде;

характеристика отца; возраст, профессия,

характеристика матери; характер, типичное поведение и т.п.

характеристика сестер и братьев; характер, типичное поведение и т.п.

характеристика дедушек, бабушек и других родственников, постоянно проживающих с семьей обследуемого (т.е. бывших фактическими членами одной семьи);

доминировавшая в семье личность;

общая оценка брака родителей (удачный, неудачный и т.п.);

оценка схожести и различия физического и психического облика родителей;

оценка эмоционального фона, микроклимата и общей психологической атмосферы в семье;

каким образом в семье проявлялись чувства друг к другу;

роль в семье каждого из детей (кто был “козлом отпущения”, а кто любимчиком и почему);

кто практически занимался воспитанием детей в семье и какой характер оно носило (наказания, поощрения и т.д.);

материальные условия семьи;

проведение досуга в семье;

описание наиболее запомнившихся сцен из периода детства, наиболее приятного и наиболее неприятного случаев;

затрагивались ли в семье вопросы секса (каким способом, при каких обстоятельствах и т.п.);

помнит ли обследуемый какие-либо сцены сексуального содержания, виденные им в этом возрастном периоде (какие именно, личное участие в них и т.п.);

описание детских сексуальных игр (были ли такие игры, какие именно, кто в них участвовал, в каких условиях они проводились, какая была реакция у окружающих на эти игры и т.п.);

была ли мастурбация в детском возрасте, какова была реакция окружения на нее;

характеристика контактов с ровесниками, излюбленные формы общения с ними, любимые игры и забавы.

III. ПОДРОСТКОВО-ЮНОШЕСКИЙ ПЕРИОД:

образование (тип учебного заведения, успеваемость, наиболее и наименее любимые предметы, перерывы в учебе, дублирование классов и т.п.);

характеристика взаимоотношений с учителями и воспитателями;

самые яркие воспоминания школьного периода, любимые развлечения, увлечения (хобби), чтение, спорт и т.п.;

воспоминания о контактах с ровесниками (прозвища, принадлежность к группам, положение в группе, эмоциональная окраска отношений и т.п.);

наличие в этом возрастном периоде комплексов (в том числе и сексуальных), реакции на них ровесников и взрослых;

источник сексуальной информации и вид полового просвещения, сопутствующие ему переживания;

возраст появления биологических признаков полового созревания (мутация голоса, первая поллюция, первая менструация, лобковое оволосение и т.п.), реакция на них обследуемого и окружения;

возраст появления либидо (платонического, эротического, сексуального), его направленность;

возраст первых свиданий и первой влюбленности;

характеристика сексуальных мечтаний и фантазий этого возрастного периода;

эротические сновидения (частота, содержание);

возраст первых сексуальных ласк и их характеристика (какие ласки, с кем и по чьей инициативе проводились, в каких условиях, какие испытывались ощущения), какие сексуальные реакции их сопровождали (эрекция, семяизвержение, любрикация, оргазм), какая реакция на них была у сексуального партнера;

характеристика эмоциональных отношений с первым сексуальным партнером, продолжительность этой связи до совершения первого полового акта;

возраст сексуальной инициации (каким способом была произведена, с кем, при каких условиях и по чьей инициативе, подробное описание ее течения, сопровождавшие ее эмоции), какими сексуальными реакциями сопровождалась (эрекция, семяизвержение, любрикация, оргазм), мотивы инициации, сегодняшняя ее оценка, продолжение связи с этим партнером и мотивы продолжения, мотивы прекращения связи;

характеристика последующих сексуальных контактов (с кем, при каких условиях, по чьей инициативе, способов проведения контактов, их течение и т.п.);

частота половых сношений, излюбленные формы предшествующих сношению и сопровождающих его совершение ласк, излюбленные позиции при совершении полового акта, контрацепция и ее методы и т.п.;

сексуальные мечты и фантазии, сопровождавшие сношения;

характеристика сексуальных партнеров и излюбленного типа сексуального партнера;

наличие несоответствия между сексуальными мечтами и реальной сексуальной жизнью;

другие формы сексуальной активности (петтинг, гомосексуальные и девиантные контакты и т.п.);

общее число бывших в этот период эмоциональных и сексуальных связей, инициатива в их установлении и прекращении, взаимная эмоциональность, причина отсутствия этих связей;

возникшие или имевшиеся в этот период затруднения в половой жизни (время и предполагаемые причины их появления, характеристика затруднений, продолжительность их проявления, способы их преодоления, реакция на них обследуемого и сексуальных партнеров и т.п.);

самые важные события этого периода жизни и их оценка.

IV. БРАК ИЛИ ДЛИТЕЛЬНАЯ СВЯЗЬ:

условия, при которых произошло знакомство с постоянным партнером, чем он понравился, по чьей инициативе завязалось знакомство, течение знакомства, характеристика интимной связи с партнером (когда, по чьей инициативе произошла, оценка подготовленности к этой связи и сопутствующих ей переживаний и т.д.);

степень сексуальной опытности партнера, реакция на нее;

сопоставление этой эмоциональной и сексуальной связи с имевшимися в прошлом;

подробное описание предварительного периода и вступительных ласк, течение сношения, его продолжительность, сопровождающих сношений фантазий;

излюбленные формы предшествующих и сопровождающих половое сношение ласк, излюбленные позиции совершения половых актов;

оценка совпадения сексуальных ожиданий с реальностью;

оценка сексуальной удовлетворенности партнера;

оргазм у партнера, его тип, способ достижения;

используемые методы контрацепции, реакция на них;

имевшиеся беременности, роды, аборты, связанные с ними переживания;

использование в процессе совместной жизни новых форм сексуальной активности (в связи с чем, по чьей инициативе, какие формы, реакция на них);

обмен между партнерами информацией о чувствах и сексуальной жизни;

проблемы и трудности в сексуальной жизни (какие, время появления и продолжительность, проявления, способ их преодоления, реакция на них партнера, собственная реакция на сексуальные проблемы партнера);

подробный анализ чувственной связи с партнером;

конфликты с партнером (на какой почве, какого характера, частота возникновения, способ реакции на них и способы их разрешения);

родительские функции (число детей, взаимоотношения с ними и т.п.);

внебрачные связи (частота, характеристика партнеров, причина, течение связей и анализ сексуальных отношений в этих связях);

характеристика последующих партнерских связей (интеллектуальных, характерологических, духовных, сексуальных, родительских, материальных и других аспектов каждой связи).

V. ГЛОБАЛЬНАЯ ОЦЕНКА СЕКСУАЛЬНОЙ ЖИЗНИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ:

утренние, дневные и ночные эрекции;

ночные и дневные поллюции;

уровень сексуальных потребностей;

частота возникновения полового возбуждения, провоцирующие его моменты и ситуации;

сексуальная предприимчивость;

излюбленные сексуальные ласки и излюбленные позиции совершения полового акта;

формы собственной сексуальной активности и сексуальной активности актуальных партнеров;

влияние алкоголя на половую жизнь (подробный анализ);

сексуальная самооценка партнерской роли;

орализм; частота, тип, инициатор, сопровождающие ощущения и эмоциональные реакции

анализм; то же

гомосексуальные контакты; то же

девиантные потребности; то же

девиантные контакты; (тип, частота, подробное описание их течения); то же

VI. ПРОЧИЕ СВЕДЕНИЯ:

идеал женственности и мужественности;

представления о типичных пороках и достоинствах мужчин и женщин;

представления о себе самом в роли сексуального партнера;

понятие целей и смысла сексуальной жизни;

понятие нормы в сексуальной жизни и регулирующих ее моментов;

собственное видение "идеального секса" и идеального полового партнера;

неисполнившиеся сексуальные ожидания и нереализованные сексуальные потребности;

любимая тематика и предпочитаемое содержание литературы и кино (видео) фильмов;

порнография (вид, предпочитаемое содержание изображения или текста, частота использования, реакция на порнографию, ее влияние на половую жизнь).

Разумеется, что данная схема не универсальна. В каждом случае объем необходимой информации должен определяться со спецификой конкретного дела.

В процессе производства судебно-сексологической экспертизы по гражданским делам (бракоразводные дела, дела о признании недействительной записи об отцовстве или признании недействительным брака, дела о взыскании алиментов или об установлении отцовства и т.п.) сексологический анамнез у сторон собирается практически по той же схеме. В зависимости от специфики дела анамнез может быть расширен за счет более подробного выяснения акушерско-гинекологического (или урологического у мужчин) анамнеза и анамнеза супружеской жизни[*В целом ряде случаев выяснение этих данных бывает крайне необходимым и в процессе производства судебно-сексологической экспертизы по уголовным делам.].

Анамнестическое обследование в процессе экспертизы по гражданским делам имеет и свою специфику, чаще обусловленную следующим:

1. Сообщение анамнестических данных освидетельствуемыми обычно сопровождается яркими эмоциональными реакциями.

2. Супруги (стороны) имеют тенденцию к гиперболизованной оценке отдельных, порой несущественных для дела моментов периода их совместной жизни и к сообщению большого объема ненужных эксперту сведений, поддерживающих реноме обследуемого "я — потерпевшая сторона". При этом из прошлого отбирается все то, что может указывать на период совместной жизни как на источник страданий, в которых, разумеется, повинна только противная сторона.

3. Стороны страдают субъективизмом в оценке сложившейся у них ситуации и в оценке роли другой стороны в ее возникновении. Опрашиваемая сторона часто старается изложить анамнез таким образом, чтобы произвести на эксперта позитивное впечатление и одновременно создать негативное впечатление о личности другой стороны.

4. Во многих случаях с целью создания негативного образа бывшего партнера предоставляется извращенная либо заведомо ложная информация. В то же время информация, получаемая по этим же вопросам от другой стороны, часто имеет прямо противоположное содержание.

5. Умышленное сокрытие "невыгодных" данной стороне анамнестических сведений (например, о внебрачных связях, девиантном поведении, венерических заболеваниях и т.п.).

Большинство указанных приемов направлено на то, чтобы, играя на человеческих чувствах эксперта (а иногда и пытаясь разбудить/в нем чувство “половой солидарности”), превратить его в своего сторонника и союзника в данном деле и тем самым повлиять на результат экспертизы[*К сожалению, бывают случаи, когда подобное воздействие на эксперта приносит ожидаемое освидетельствуемым плоды.].

Сбор анамнеза у сторон следует проводить раздельно, выясняя сначала у одной, а затем у другой стороны. Серьезной тактической ошибкой будет выяснение анамнеза у одной из сторон в присутствии другой стороны. Это часто приводит к открытому конфликту между сторонами, сопровождается взаимными упреками и оскорблениями. В конечном итоге подобная ситуация вынуждает эксперта приостановить опрос и провести его еще раз с самого начала с каждой стороной отдельно, но уже в другое время. Однако такой конфликт может закончиться и заявлением об отводе эксперта [*Все указанные особенности сбора анамнеза у сторон гражданского дела в полной мере относятся и к опросу сторон при сексуальных преступлениях. При этом для достижения тех же целей стороны могут предоставлять искаженную или заведомо ложную информацию о случившемся. Это особенно важно иметь в виду в связи с возможными случаями умышленного оговора и даже самооговора в совершении преступления.].

Опрос постоянного сексуального партнера обследуемого лица может оказать неоценимую помощь эксперту и при производстве судебно-сексологической экспертизы по делам о сексуальных преступлениях. Получаемая при этом информация может не только существенно дополнить и определенным образом объективизировать сведения, изложенные подэкспертным, но иногда и полностью изменить всю ранее сложившуюся информационную картину. Несмотря на то что произвести опрос постоянного сексуального партнера освидетельствуемого лица, к сожалению, не всегда возможно, эксперт в каждом случае должен к этому стремиться.

По нашему мнению, грамотно собранный сексологический анамнез по своей информативности может оказаться достаточным для дачи судебно-сексологического заключения. Тем не менее, в большинстве случаев для окончательного экспертного суждения необходимо применение и других методов сексологического исследования [*Одним из способов преодоления многих из указанных автором в этом разделе книги проблем, встающих повседневно перед экспертом при сборе сексологического анамнеза, является способ проведения анамнестического обследования анкетным методом. Однако этот способ, как и предложенные автором иные пути получения анамнестических сведений, пригоден лишь при .обследовании взрослых лиц и в крайнем случае — подростков старшего возраста. Сбор же сексологического анамнеза у детей и подростков младшего возраста представляет определенные трудности и имеет свою специфику [416, 368, 388, 420], равно как и экспертная интерпретация полученных при этом данных [380, 420]. Большую помощь при этом могут оказать такие хорошо известные в детской психологии приемы, как разговор с куклой и анкета Антони-Бене. В равной мере это относится и к получению и оценке сексологического анамнеза у умственно отсталых и психически больных лиц, а также у лиц с некоторыми врожденными или раннеприобретенными физическими дефектами (глухонемота, слепота, слепоглухонемота) вне зависимости от их возраста.].

Глава VI

Соматическое исследование

Наряду с анализом материалов дела и сбором сексологического анамнеза — объективное соматическое исследование освидетельствуемого лица также является непременным компонентом клинического и судебного сексологического обследования. Несмотря на то что данное положение вроде бы является очевидным, тем не менее нередко приходилось сталкиваться со случаями, когда при производстве судебно-сексологической экспертизы соматический статус подэкспертных не исследовался [*Инструкцией Министерства здравоохранения СССР о производстве судебно-

медицинской экспертизы в СССР предусмотрено при проведении судебно-медицинского освидетельствования наряду с изучением материалов дела, медицинских документов, сбором анамнеза — обязательное объективное обследование подэкспертного, в том числе и с применением необходимых дополнительных (инструментальных лабораторных и др.) методов исследования и обследования освидетельствуемого врачами-консультантами соответствующего профиля. Проведение судебно-медицинского освидетельствования в случаях сексуальных преступлений (судебно-медицинская сексологическая экспертиза) и по ряду гражданских дел регламентируется соответствующими Правилами Министерства здравоохранения СССР]. Естественно, что порой это приводило к различным, в том числе и досадным для врача, проводившего первичную экспертизу, недоразумениям.

Для соматического исследования освидетельствуемого эксперт-сексолог должен в необходимом объеме владеть методами урологического, акушерско-гинекологического, дерматовенерологического, неврологического, психиатрического и терапевтического обследования. Объем соматического исследования в каждом случае определяется индивидуально и зависит от целей данной экспертизы и обстоятельств конкретного дела. Обычно это исследование включает в себя:

исследование общего физического развития (рост, конституция и т.п.);

исследование мужской половой сферы (половой член, яички, предстательная железа и т.д.);

исследование женской половой сферы (промежность, наружные и внутренние половые органы и т.д.);

исследование прямой кишки.

При необходимости соматическое исследование может быть расширено в объеме или проведено с участием специалистов в других областях медицины.

Объективное освидетельствование дает эксперту много важной диагностической информации. Например, наличие. у обследуемого неврологических заболеваний с нарушением движений в нижних конечностях может сопровождаться и расстройствами эрекции; расстройства чувствительности в некоторых областях тела (например, в области таза, половых органов, нижних конечностей) также могут возникать в результате неврологических или сосудистых заболеваний. Поэтому неврологическая часть соматического исследования обязательно должна включать исследование ряда рефлексов (брюшных, кавернозных, кремастерных, анального) и чувствительности некоторых областей тела (области таза, паховых областей и т.п.).

В некоторых уголовных делах существенное значение могут иметь размеры полового члена у подозреваемых лиц. Выявление у освидетельствуемого недоразвитого полового члена может иметь значение для выяснения механизмов девиантного поведения. Мы наблюдали случаи, когда недоразвитие полового члена по величине (микропенис) стал причиной возникновения у обследуемого педофильного поведения, а в одном случае был причиной сексуальной агрессии по отношению к женщинам, сопровождавшейся серией убийств. Иногда приходится встречаться с заявлением подследственного о том, что он не мог совершить изнасилование из-за малых размеров полового члена. Для разрешения подобных вопросов необходимо иметь представление о нормальной анатомии и физиологии половых органов. В большинстве случаев нормально развитый половой член в спокойном состоянии имеет длину от 6 до 10 см, а в состоянии эрекции его длина, как правило, существенно увеличивается. Однако степень эрекционного удлинения полового члена никоим образом не зависит от первоначальной длины полового члена в состоянии покоя[*Как показали результаты специальных исследований [377], у мужчин размеры полового члена в состоянии покоя и в состоянии эрекции достоверно не коррелируют не только между собой, но и с какими-либо другими антропометрическими характеристиками тела (рост, длина ноги и т.п.). Однако в быту широко распространено ошибочное мнение о наличии таких корреляций.]. Так, например, половой член в состоянии покоя длиной 7 см в состоянии эрекции может достигать длины 14 см, в то же время половой член длиной в состоянии покоя 12 см при эрекции также может иметь длину 14 см.

Половой член слишком большого размера может явиться источником возникновения

половых расстройств у сексуальной партнерши (например, приводит к диспареунии или вагинизму) [367]. Слишком малый размер полового члена может затруднять достижение оргазма сексуальной партнершей. Однако в экспертной практике ситуации, обусловленные крайними вариантами размеров полового члена, довольно редки. Как правило, с ними приходится встречаться при бракоразводных делах, в которых причиной расторжения брака является наличие у мужа слишком большого или слишком малого по размерам полового члена. В практике экспертизы по уголовным делам наибольшее значение имеют те пороки развития полового члена, которые не обусловлены его размерами или только ими. В первую очередь это относится к таким широко распространенным аномалиям развития полового члена, как фимоз, укорочение уздечки полового члена, искривление оси полового члена в состоянии эрекции, различные формы гипо- и эписпадии[*Наличие порока развития полового члена, его татуировки и инородных тел полового члена (в том числе и искусственно вживленных “шариков”, “ушек”, “гантелек” и т.п.) в некоторых случаях может способствовать идентификации личности преступника.]. Наличие этих пороков может не только затруднять совершение половых актов, но и полностью исключать возможность их совершения [*Это положение имеет особое значение в делах об изнасиловании]. Значительно чаще приходится встречаться со случаями, когда наличие порока полового члена вызывает у мужчины чувство своей неполноценности и приводит к формированию сексуальных комплексов. Мы неоднократно наблюдали лиц, у которых порок развития полового члена явился пусковым моментом педофильного или гомосексуального поведения. У некоторых личностей подобная ситуация может провоцировать агрессивное поведение в отношении женщин.

Получаемые при объективном обследовании данные могут быть использованы для дифференциальной диагностики и других, помимо пороков развития половых органов, органических и функциональных сексуальных расстройств (например, диспареунии, вагинизма, гипосексуальности и т.д.).

В некоторых случаях поводом для расторжения брака является сексуальная неприспособленность супругов, обусловленная значительной разницей в соотношении размеров половых органов партнеров (например, слишком большой по отношению к влагалищу жены половой член мужа, или наоборот). Судебная трактовка таких дел требует большой осторожности, так как внешняя правдоподобность подобных доводов может скрывать совершенно другие мотивы расторжения брака[*Такими скрываемыми сексуальными мотивами могут быть, например, наличие у одного из супругов (чаще у мужа) гомосексуального, девиантного или инцестного поведения]. В большинстве случаев не встречается настолько значительной разницы в размерах половых органов супругов, при которой могла бы наступать сексуальная неприспособленность. Как мужчины, так и женщины в границах статистической анатомической нормы имеют малые, средние и большие по размерам половые органы[*В судебно-медицинской сексологической практике имеют значение следующие размерные величины половых органов: длина и наибольший диаметр полностью эрегированного полового члена; длина, ширина и объем влагалища при физиологически максимально возможном растяжении его стенок, а также максимальный диаметр входа во влагалище]. Данные изучения физиологии полового акта свидетельствуют о том, что партнеры, имеющие различные типы размерных соотношений половых органов, довольно легко достигают оптимального сексуального приспособления благодаря применению соответствующей техники совершения полового акта [367, 378][* В определенной мере этому способствуют и широкие адаптационные возможности влагалища: значительная растяжимость его стенок и сводов — при адаптации к крупному половому члену, а развитие в процессе совершения полового акта оргастической манжеты способствует приспособлению к половому члену небольших размеров]. Действительная сексуальная неприспособленность партнеров в результате несоответствия размеров половых органов встречается исключительно редко. Примером этого может послужить то, что в нашей обширной 16-летней практике встретилось только 8 случаев чрезмерно большого полового члена мужчины по отношению к распространенному типу строения половых органов женщины, 22 случая весьма объемного влагалища (преимущественно у много рожавших

женщин), а также 14 случаев недоразвития влагалища. Все эти случаи не имели отношения к судебным делам.

Нередко встречаемые у обследуемых татуировки на коже полового члена большей частью являются проявлением субкультуры исправительных учреждений или некоторых молодежных контингентов. Однако последствием такого татуирования может быть повреждение обильно расположенные в этой области нервных рецепторов, что, в свою очередь, приводит к ослаблению специфической генитальной чувствительности. Определенный интерес для эксперта-сексолога представляет психологическая интерпретация тематики довольно широко распространенных татуировок тела. По мнению R.Fried [91], специально изучавшего этот вопрос, на основе анализа тематики татуировок можно установить у данного лица все имеющиеся позиции и защитные механизмы в отношении секса — нарциссизм, мазохизм, садизм, чувство неполноценности, чувство всесильности, чувство вины, тенденцию к агрессии. Кроме того, что некоторые татуировки прямо указывают на определенные сексуальные предпочтения их владельца[*Например, строго специфические татуировки наносят себе некоторые гомосексуалисты, особенно отбывавшие наказание за совершение преступлений. В последнем случае этим лицам в местах лишения свободы такие татуировки могут быть нанесены и насильственно], содержание почти всех татуировок, по мнению автора, характеризует подсознание их обладателя. Часто встречаются татуировки символического содержания. Например, татуировки с изображением львов, орлов, драконов и т.п. — отображают подсознательную потребность их обладателя приобрести черты характера, присущие этим животным, — отвагу, жестокость, выносливость и т.п. Содержание татуировок может выявить у обследуемого лица богатое воображение, неразрешившийся комплекс Эдипа, сексуальное беспокойство. У многих сексуальных преступников содержание татуировок выявляет нарциссические черты. Татуировки у женщин чаще указывают на расположение определенных эрогенных зон либо свидетельствуют о наличии эксгибиционистских черт. В то же время сам процесс татуирования не имеет подсознательной связи с сексом. Об этом могут свидетельствовать, например, некоторые “профессиональные” татуировки, широко распространенные среди моряков, летчиков, военных и т.д.[*Подробные сведения о методах проведения и возможностях соматического обследования в ходе судебно-медицинской сексологической экспертизы мужчин (как обвиняемых, так и потерпевших) в связи с различными видами сексуальных преступлений — см. список литературы № 357, 358, 381, 396.].

ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЕРТВЫ ИЗНАСИЛОВАНИЯ

Обычно такое исследование производят судебные медики или врачи-гинекологи, однако иногда к участию в этих экспертизах привлекаются и врачи-сексологи. В процессе обследования изнасилованной производится осмотр больших и малых половых губ, девственной плевы (в том числе и ее внутренней поверхности) и влагалища[*Более подробные сведения об объеме, технике, результатах и их экспертной оценке при проведении объективного исследования жертв изнасилования — см. список литературы № 379,374, 412, 413, 431.]. Нередко возникающие в процессе производства этой экспертизы диагностические проблемы чаще всего бывают обусловлены следующими моментами:

1. Жертвами изнасилования часто становятся девственницы. Во многих случаях у них при совершении насильственного полового акта происходит разрыв девственной плевы — дефлорация.

2. Имеется большое разнообразие анатомических типов строений девственной плевы, а механизм образования ее повреждений при дефлорации и их вид во многом определяются типом строения плевы до дефлорации [364].

Наиболее распространенными являются полулунная и кольцевидная формы строения девственной плевы[*Более подробные сведения о типах строения девственной плевы и ее повреждениях — см. список литературы № 373, 379, 384, 385.]. В момент дефлорации чаще возникает одиночный разрыв плевы в ее заднем сегменте, но могут образовываться и многочисленные разрывы, в том числе и в других отделах плевы. Они

могут лучеобразно расходиться от краев ее естественного отверстия, имея при этом радиальное или диаметральное направление. В некоторых случаях разрывы могут проходить через плеву и вне связи с ее отверстием, например, в хордальном направлении, либо иметь дугообразное направление, идя по краю прикрепления плевы. Полулунная девственная плева чаще повреждается в области ее вершин, а разрывы кольцевидной плевы чаще имеют лучеобразный характер и более значительные размеры. Разрывы девственной плевы могут доходить и не доходить до ее свободного края. Иногда встречаются неполные разрывы, а лишь незначительные надрывы плевы, которые чаще локализуются в области ее свободного края.

Следует помнить, что существенную роль в механизме образования повреждений плевы при дефлорации помимо типа ее анатомического строения играют еще и размеры полового члена насильника, а также некоторые характеристики совершенного полового акта (например, поза партнеров, сила и частота фрикционных движений полового члена и т.п.) [367].

Интенсивность кровотечения из образовавшихся при дефлорации разрывов девственной плевы также может быть различной. Она во многом обусловливается толщиной плевы, степенью ее упругости и кровоснабжения. Так, дефлорация мясистой плевы, в толще которой залегает большое количество кровеносных сосудов, нередко сопровождается обильным кровотечением даже при отсутствии сопутствующих повреждений других половых органов. Однако, как правило, все кровотечение при дефлорации ограничивается выделением лишь нескольких капель крови. Необходимо помнить и о возможности полного отсутствия какого-либо кровотечения при дефлорации, даже если она произошла в процессе грубого совершения насильственного полового акта.

Различной по интенсивности может быть и сопровождающая дефлорацию боль. Чаще она не бывает сильной, особенно если первое в жизни женщины половое сношение происходит с ее согласия. Однако при совершении насильственного полового акта обычно у женщины возникает защитное рефлекторное сокращение мышц промежности, которое усиливает сопровождающие дефлорацию болевые ощущения[*Возникновению болевых ощущений при насильственном половом акте способствует не только процесс дефлорации, но и последующее раздражение раневой поверхности девственной плевы при фрикционных движениях полового члена. В связи с тем что при изнасиловании в подавляющем большинстве случаев отсутствует достаточная увлажненность влагалища, то имиссия и фрикционные движения полового члена часто приводят к травматизации влагалищного покрова, которая также усиливает болевые ощущения у потерпевшей]. Вместе с тем совсем не являются казуистикой случаи совершенно безболезненной дефлорации, в том числе и при изнасиловании.

В качестве примерной методики проведения данного вида судебно-сексологической экспертизы приводим рекомендации, опубликованные Soutoul и Froge [290]:

1. Во всех случаях изнасилования врач должен собрать у потерпевшей подробный анализ.

2. При проведении обследования необходимо особо внимательно осмотреть паховые области и внутреннюю поверхность бедер жертвы, так как в этих областях могут локализоваться царапины, следы крови и спермы.

3. Если с момента изнасилования до обследования прошло лишь несколько часов, то такое обследование должно производиться обязательно в отсутствие третьих лиц. Это делается не только для того, чтобы обеспечить женщине необходимое сохранение тайны случившегося, но и в целях профилактики ее дальнейшей психотравматизации.

4. В свежих случаях при исследовании половых органов врачом у жертвы изнасилования могут возникать сильные боли. Поэтому такое исследование обязательно должно производиться под местной анестезией, а иногда даже и под наркозом [419].

5. Сначала эксперт должен попытаться ввести в отверстие девственной плевы один палец. Если его проведение во влагалище через отверстие девственной плевы невозможно, то в данном случае не было введения во влагалище полового члена нормальных размеров, а следовательно, не было ни полового сношения, ни дефлорации.

Если же отверстие девственной плевы свободно пропускает и два пальца, то можно

допустить, что было совершено полное половое сношение. Этот вывод необходимо подтвердить детальным влагалищным исследованием.

В тех случаях, когда в отверстие плевы удается ввести не два, а один, но большой (первый) палец руки врача, то нельзя быть полностью уверенным в том, что половой акт имел место, и поэтому следует тщательно осмотреть внутреннюю поверхность девственной плевы.

6. При обследовании женщины, которая до изнасилования уже жила половой жизнью, следует обращать внимание на наличие повреждений не только в области половых органов, но и во всех иных областях тела [372]. Само по себе отсутствие каких-либо телесных повреждений не является свидетельством того, что данный половой акт был совершен с согласия женщины [393,431].

7. Если обследование предполагаемой жертвы изнасилования производится по прошествии длительного времени с момента происшествия, то при сборе анамнеза у освидетельствуемой необходимо выяснить: не испытывала ли она в момент изнасилования чувства прободения в области половых органов, сопровождался ли насильственный половой акт болью и кровотечением, наступило ли у преступника семяизвержение, не угрожал ли он чем-либо жертве, не бил ли ее, а также не принуждал ли он потерпевшую к выполнению определенных жестов, действий и телодвижений.

8. При производстве экспертизы в случаях изнасилования врач должен учитывать, что:

а) частым источником экспертных ошибок является ложное представление о невозможности изнасилования девственницы без наступления дефлорации девственной плевы, а также о невозможности совершения изнасилования предполагаемым преступником на том основании, что он “слишком юн”;

б) при совершении полового акта с девочками 6—12 лет введение полового члена во влагалище обычно приводит к образованию серьезных повреждений в области половых органов жертвы. Вместе с тем при совершении полового акта с девочками в возрасте от 12 лет и старше возможно полное введение полового члена во влагалище без образования каких-либо существенных повреждений половых органов жертвы, в том числе и без образования дефлорации [403]. Если в последнем случае и имелась диспропорция в размерах полового члена мужчины и влагалища девочки, то она чаще приводит к образованию лишь местных незначительных повреждений;

в) при изнасиловании половозрелой девственницы обычно образуются более значительные повреждения половых органов жертвы, чем в случае добровольного совершения полового акта с девушкой того же возраста.

9. В случаях изнасилования с убийством жертвы эксперт должен (по мнению авторов) решить следующие вопросы:

а) совершено ли убийство после изнасилования;

б) не привело ли к смерти само совершение насильственного полового акта (например, в случаях садистического изнасилования);

в) не был ли совершен половой акт с уже мертвой жертвой (что может иметь место при совершении преступления в состоянии аффекта).

10. В протоколе освидетельствования изнасилованной эксперт обязан отобразить состояние внутренней поверхности бедер, больших и малых половых губ, девственной плевы, области под наружным отверстием мочеиспускательного канала, влагалища, шейки матки, прямой кишки обследуемой, степень упругости ее промежности и наличие всех кожных изменений во всех областях тела.

Глава VII

Нерутинные методы судебно-сексологического исследования

Анализ материалов дела, сбор сексологического анамнеза и объективное соматическое обследование являются основными методами исследования при производстве судебно-сексологической экспертизы. Полученные в результате их проведения данные составляют базис для выводов эксперта. Однако кроме них

существует еще и ряд других методов исследования, также пригодных для получения в процессе судебно-сексологического обследования необходимой экспертной информации. Не являясь рутинными, они во многих случаях могут с успехом служить дополнением к основным методам исследования. Подробное описание различных диагностических методов, применяемых в сексологической практике, приводится во многих руководствах и монографиях [26, 144, 302]. В настоящей работе мы более подробно остановимся только на описании наиболее широкоупотребляемых методов исследования, а менее распространенные методы упомянем лишь вкратце. Несмотря на то что большинство нетрадиционных методов исследования лишь дополняет основные методы или расширяет их возможности, в некоторых случаях лишь благодаря использованию нерутинных методов можно разрешить поставленные перед экспертом вопросы.

Существующие программы подготовки врачей в области сексологии преимущественно рассчитаны на психиатров, гинекологов, урологов и педиатров. По нашему мнению, наиболее соответствуют роли эксперта-сексолога именно врачи-психиатры. Как будет понятно из данного раздела книги, эксперту для применения на практике описываемых нетрадиционных методов сексологического исследования в первую очередь необходимы серьезные познания именно в области психиатрии и психологии. Этим требованиям отвечает и новая программа подготовки специалистов-сексологов, предусматривающая широкую многопрофильную подготовку, что в значительной мере будет способствовать успешному выполнению ими и роли эксперта-сексолога.

А. ПСИХОРИСУНОК

Психорисунок является одним из проектных методов психологического исследования. Его методика подробно описана во многих руководствах [93, 132, 233, 302]. Суть метода заключается в следующем: обследуемому лицу дают чистый стандартный лист бумаги формата А4 и комплект цветных карандашей или фломастеров и предлагают выполнить рисунок на определенную тему. Так, например, в бракоразводных делах это могут быть такие темы, как “мой брак”, “моя семья”, “будущее нашего брака” и т.п. Одним из достоинств этого метода является именно то, что тематика задания может устанавливаться экспертом достаточно произвольно в зависимости от специфики конкретного дела. В бракоразводных делах с помощью данного метода можно установить круг лиц, значимых для обследуемого в семье, его представления об образах матери и отца, собственной роли в семье, а также выявить взаимоотношения супругов между собой и с детьми и т.п. К наиболее распространенным вариантам тематики заданий при обследовании лиц, подозреваемых в совершении сексуальных преступлений, относятся такие, как “личность мужчины”, “личность женщины”, “какой я есть”. В зависимости от особенностей случая определяется тематика других заданий. Так, например, подозреваемого в совершении педофильных действий просят выполнить рисунок на тему “ребенок”, а подозреваемого в геронтофилии — на тему “пожилая женщина” и т.п.

После выполнения обследуемым задания эксперт производит интерпретацию содержания сделанных рисунков. С этой целью оценивают следующие характеристики: содержание рисунка, его величина (например, рисунок маленького размера может отображать чувство страха, защитную позицию и т.п.), толщина линий и их ход, цвет рисунка (например, если весь рисунок выполнен только черным цветом, то это может быть отображением сниженного фона настроения и т.п.), внешний вид изображенных фигур (например, рисунок человека без головы может свидетельствовать о наличии у обследуемого ощущения угрозы или быть проявлением скрытой агрессии и т.п.). Конкретные примеры использования данного метода и оценки получаемых с его помощью результатов будут приведены при обсуждении случаев судебно-сексологических экспертиз.

Б. ТЕСТ ВИЗУАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ

Метод заключается в демонстрации обследуемому фотографий, слайдов или фильмов сексуального и эротического содержания, одновременно с которой

регистрируется и оценивается реакция подэкспертного на проводимую стимуляцию, а также изменения реакции в зависимости от тематики проецируемого изображения[*Суть проекционных методов, основанных на специфической визуальной стимуляции, состоит в провокации сознательных и подсознательных механизмов специального поведения человека. В связи с чем эти методы иногда именуются видеопровокационными.]. Обычно отмечают реакцию зрачков и генитальную реакцию. Иногда производится исследование пульса и кожно-гальванической реакции. В процессе исследования подэкспертный в обнаженном виде лежит на кушетке. Вид и интенсивность проявления реакций характеризуют уровень либидо у освидетельствуемого, его психосексуальную ориентацию и аутоидентификацию в половой роли.

Техника выполнения данного исследования достаточно проста, но само применение метода имеет ряд определенных ограничений. В тех случаях, когда подэкспертный в жизни имел частые контакты с демонстрируемыми сексуальными возбудителями или просто негативно настроен к данному исследованию, может отмечаться низкий уровень регистрируемых реакций и даже их полное отсутствие. Необходимо также иметь в виду, что низкий уровень физиологических реакций может отмечаться и у обследуемых, употребляющих некоторые лекарственные средства (например, психотропные препараты), а также быть следствием психоэмоциональной реакции освидетельствуемого на следствие и проведение экспертизы[*Подобная реакция может наблюдаться и у лиц, находящихся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также в состоянии абстиненции.]. Однако указанные ситуации встречаются довольно редко и в подавляющем большинстве случаев применение данного метода дает эксперту много ценнейшей информации, особенно при необходимости выявления у подэкспертного девиантных тенденций.

Использование метода требует соблюдения определенных правил:

1. Демонстрируемые эпизоды со специально отобранной для данного обследуемого сексуальной тематикой, направленной на выявление у него определенных сексуальных наклонностей, обязательно должны чередоваться с противоположными по содержанию эпизодами[*Возможно сочетание не только с эпизодами противоположной сексуальной тематики, но и с эпизодами заведомо амбивалетного или сексуально негативного для данного обследуемого содержания, а также и с полностью асексуальными по содержанию эпизодами.]. Например, при необходимости выявления у освидетельствуемого педофильных тенденций, демонстрация ему соответствующих по содержанию эпизодов чередуется с демонстрацией эпизодов, содержащих типичные гетеросексуальные возбудители.

2. Время экспозиции каждого эпизода должно составлять не менее 5 и не более 15 секунд.

Следует также отметить, что более эффективной является демонстрация цветных слайдов и кинофильмов (видеофильмов), нежели фотографий и рисунков черно-белого изображения[*Это обусловлено все большей доступностью печатных порнографических изданий, притупляющих интерес к подобной продукции.]. Причем представляемые образцы обязательно должны иметь высокое техническое качество. Проецируемое изображение может носить не только эротический, но и порнографический характер, но в обоих случаях следует избегать демонстрации эпизодов с откровенно вульгарным и циничным изображением секса. Вообще применение данного метода требует от врача не только известного искусства и определенного вкуса в подборе тематики эпизодов, но и большого такта, деликатности и чуткости, так как эта методика носит в высшей степени интимный характер. Необходима и определенная подготовка освидетельствуемого к проведению исследования, заключающаяся в первую очередь в убеждении его в целесообразности применения такого метода и получения согласия на его использование в процессе обследования.

В большинстве случаев в роли эксперта-сексолога выступает врач-мучжина, который производит обследование мужчины-подэкспертного. При этом, как правило, не возникает проблем с применением этого метода. Однако если эксперт и освидетельствуемое лицо имеют разную половую принадлежность либо обследуемое лицо имеет гомосексуальные тенденции или наклонности, то целесообразность

использования этого теста становится сомнительной, так как половая принадлежность эксперта способна заблокировать, извратить или усилить специфические реакции подэкспертного[*Совершенно особую специфику имеет использование данного метода исследования при производстве судебно-сексологической экспертизы детей и подростков. Кроме того, что, по понятным причинам, в каждом подобном случае целесообразность проведения такого исследования должна быть строго мотивирована, само исследование должно производиться не только и не столько с согласия подэкспертного, сколько с согласия его родителей или заменяющих их лиц (если обследуемый является несовершеннолетним), либо в исключительных случаях — по специальному постановлению следствия. При производстве обследования в этих случаях необходимо максимально сократить его длительность и чрезвычайно осторожно подобрать тематику демонстрируемых сюжетов, которые ни в коем случае не должны иметь порнографического характера и не должны содержать сильных сексуальных стимуляторов (тем более что получение необходимого эффекта у обследуемых данной возрастной группы не требует сильной стимуляции, особенно у подростков с юношеской гиперсексуальностью). Если обследуемый ранее не был знаком с эротографией и порнографией и до настоящего случая не совер шал сексуальных действий, то лучше вообще отказаться от применения этого метода, дабы не стимулировать раннего пробуждения сексуальности. Следует также учитывать, что при обследовании указанного контингента, особенно лиц, находящихся в периоде юношеской гиперсексуальности, применение этого метода может дать извращенную картину физиологических реакций, так как у них специфические реакции могут возникать не только при демонстрации объектов сексуальных предпочтений, но и при рассматривании любой картины, имеющей эротическое или сексуальное, в том числе девиантное, содержание, хотя при этом у обследуемого на самом деле какие-либо девиантные наклонности и тенденции могут и отсутствовать. Извращению получаемой картины может способствовать и то, что у обследуемого к моменту производства экспертизы еще не сложилось окончательно осознание своей половой роли / идентичности и не выработалось определенных сексуальных предпочтений. Поэтому демонстрация в этой возрастной группе сюжетов с изображением девиантного поведения может не только информировать освидетельствуемых о возможности такового, но и невольно подтолкнуть подростка к апробированию подобных сексуальных контактов, в первую очередь — гомосексуальных. Более того, типичные сексуальные реакции у детей и подростков могут быть обусловлены не тематикой демонстрируемого изображения, а различными другими причинами, не имеющими никакого отношения к сексу (например, испугом, страхом, чувством неловкости, стыда, психического и эмоционального напряжения, переполнением мочевого пузыря и т.п.).].

При производстве сексологической экспертизы по гражданским делам необходимость использования этого метода может возникать лишь в исключительных случаях. При этом предпочтительнее демонстрировать эпизоды, не содержащие сильных сексуальных стимуляторов и (кроме особых случаев) отказаться от демонстрации эпизодов девиантной тематики.

Тест визуальной стимуляции широко используется и в клинической практике как в диагностических, так и в терапевтических целях (о чем подробно было рассказано выше). Применение этого метода исследования в сексологии настолько широко, что трудно себе представить современный кабинет сексолога, не имеющий соответствующего оснащения. В нашей практике мы неоднократно убеждались в высокой диагностической ценности этого метода исследования. Причем использование метода в случаях судебной экспертизы вызывает решительный протест подэкспертного крайне редко. Чаще всего отказываются от использования теста лица, совершившие сексуальные убийства, а также освидетельствуемые, страдающие гиперлибидомией. В последнем случае мотивировкой отказа служит боязнь обследуемого перед тем, что у него может развиться бурная сексуальная реакция, проявлений которой при враче он стесняется[*Для исключения при проведении данного вида исследования развития у освидетельствуемого таких ситуационно обусловленных реакций, как реакции в связи с обстановкой кабинета и присутствием врача (которые могут в том числе и извращать развитие специфических

реакций и даже препятствовать их появлению), оптимальным является размещение подэкспертного в отдельном специально оборудованном (звукоизоляция, отсутствие окна и т.п.) помещении. Регистрация реакций при этом осуществляется аппаратным способом, а визуальная регистрация и наблюдение — с помощью телевизионной системы либо через окно со специальным поляризованным стеклом. Изображение проецируется на расположенный в этом помещении экран или телемонитор.

На применении аппаратной регистрации возникающих у обследуемого мужчины реакций основан аналогичный настоящему по целям и основному проекционному принципу метод видеостимуляции, который чаще именуется фаллографией или рео(плятизмо)фаллографией. Сущность метода состоит в том, что с помощью специального прибора регистрируются минимальные колебания в кровенаполнении полового члена обследуемого, возникающие в ответ на проводимую визуальную стимуляцию. Достоверность метода повышается, если одновременно с помощью приборов регистрируются и изменения других физиологических параметров (электрокардиограмма, артериальное давление, частота пульса, частота дыхательных движений, потоотделение и т.п.). Ценность метода с экспертных позиций состоит в том, что объективно контролируемые данные могут быть записаны на ленте самописца, которая прикладывается к заключению эксперта. Однако необходимость использования дорогостоящей аппаратуры значительно сдерживает распространение данного метода, хотя с экспертной точки зрения его преимущества неоспоримы.

В последнее время разработан и успешно применяется подобный метод и для сексологического обследования женщин (так называемая вагинография).].

В. ПРОЕКТИВНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ

Это еще один из методов психологического исследования. Он применяется для изучения самооценки обследуемого, выяснения его позиции по отношению к собственному и противоположному полу, сексуальным партнерам. Сущность метода заключается в том, что обследуемому поручается закодировать определенный объект по следующей схеме: неодушевленный предмет — травянистое растение — дерево — музыкальный инструмент — сказочный персонаж — амплуа артиста цирка. Технически метод крайне прост в исполнении, однако интерпретация получаемых с его помощью данных трудна. Для правильной интерпретации эксперт должен разбираться в культуральной, субкультурной, средовой и индивидуальной символике.

При освидетельствовании лиц в процессе производства экпертизы по гражданским делам перечень объектов для закодирования чаще ограничивается собственной личностью обследуемого, личностью его супруга или постоянного сексуального партнера. При производстве судебно-сексологической экспертизы по уголовным делам закодирование чаще охватывает, кроме того, и образ мужчины, образ женщины, а также специфические сексуальные или эротические объекты (например, при девиантных наклонностях). В качестве иллюстрации применения данного метода приведем несколько конкретных примеров.

Пример 1. Мужчина 44 лет, обвиняемый в убийстве женщины, сопровождавшемся садистическим компонентом, закодировал образ женщины следующим видом: “холодный глаз — потоптанная трава — трепещущая осина — змея — барабан — ведьма — клоун”. Подобный вид перечня указывает на наличие у обследуемого генерализованной агрессии по отношению к женщинам.

Пример 2. Мужчина 23 лет, неоднократно совершавший изнасилование, закодировал собственную личность так: “красивый кинжал — тюльпан — дуб — леопард — флейта — король — дрессировщик хищников”. Такой тип перечня характеризует позитивную оценку мужской половой роли и стереотип силы и доминирования.

Пример 3. Мужчина 28 лет, гомосексуальный педофил, закодировал собственное *“Я.”* таким образом: “шкатулка для украшений — красивый цветок — вереск — кот — арфа — паж короля — танцор”. Подобная самооценка больше соответствует женской роли.

Пример 4. Женщина 28 лет, подавшая на развод после двух лет удачной внебрачной связи, охарактеризовала собственного мужа следующим образом: “нитка — плющ —

плакучая ива — заяц — смычок — Иванушка-дурачок — клоун". Подобное кодирование указывает на то, что муж воспринимается ею как малопривлекательный, слабый и недостаточно мужественный человек.

Пример 5. Женщина 26 лет, подавшая на развод, так оценила собственное "Я": "камень — роза — тополь — мышь — арфа — баба Яга — укротитель зверей". Эта. самооценка свидетельствует о наличии неполной аутоидентификации с женской половой ролью.

В связи с тем что этот метод носит игровой характер, его применение нейтрализует защитные реакции освидетельствуемого, и поэтому его применение особую ценность представляет при проведении экспертизы замкнутым и агрессивным лицам, у которых порой можно получить необходимую информацию только с помощью проективного перечня.

Примером того, что для правильной интерпретации результатов этого тестирования необходимо иметь познания в средовой символике, может служить хотя бы такое определение женщины, как "флейтистка". Для одних мужчин подобное закодирование образа женщины соответствует ее эротической привлекательности, для других же символизирует женщину легкого поведения, склонную к орально-генитальным контактам. Точно так же определение "зайчик" для одних женщин соответствует восприятию мужчины как слабой неполноценной личности, а для других — проявлением к нему трогательных, нежных и сентиментальных чувств.

Г. ТЕСТ ДОПОЛНЕНИЯ ПРЕДЛОЖЕНИЯ

Это широко используемый в психологии метод исследования, характеризующийся определенными правилами интерпретации получаемых с его помощью данных. Данным методом могут пользоваться только врачи, имеющие соответствующую подготовку в области психологии. В сексологической практике используют сокращенный вариант теста, максимально приспособленный к специфике сексологического исследования. Подобным вариантом пользуются в клинике и психиатры. В основном тест используется медиками для дополнения анамнестических данных.

Методика заключается в том, что обследуемому предлагают дописать готовые незаконченные фразы. Для исключения чрезмерной концентрации внимания обследуемого на смысле задания и предупреждения развития у него торможения и защитной реакции производят чередование позиций со специфической смысловой нагрузкой и с нейтральными по смыслу позициями. Специфические позиции данного теста служат для получения информации об эмоциональных, сексуальных, партнерских чертах обследуемого и его установках в отношении пола. Приведем несколько вариантов обычно используемых позиций-предложений:

женщины в сексуальной жизни более всего...
идеальная партнерша в половой жизни должна...
идеалом мужчины для меня является...
думаю, что большинство женщин...
в половой жизни меня больше устраивает...
к мужчинам чувствую... .
когда я чувствую, что женщина меня сексуально провоцирует, то...

Применение теста одинаково эффективно как в случаях экспертизы по гражданским, так и по уголовным делам. Ценность теста повышается в тех случаях, когда формулировки предлагаемых обследуемому позиций-предложений способствуют спонтанным, а не обдуманным ответам на них. В качестве иллюстрации приводим два примера из конкретных экспертиз:

Пример 1. Женщина 37 лет, мотивирующая развод неудавшейся половой жизнью с мужем из-за его многолетнего страдания сексуальными расстройствами:

мужчина вызывает чувство... злобы, так как он не интересуется удовлетворенностью женщины половой жизнью;

идеальный мужчина это... человек, который мужественно признается, что чего-то не может и поэтому отважно ищет помощи у врача;

думаю, что большинство женщин... может долго сносить унижения со стороны мужчин, но у этого терпения есть свои границы.

В данном случае тест показал, что женщина испытывает жалость к своему партнеру, который не старался поправить свою сексуальную потенцию путем лечения и недооценивал неудовлетворенность сексуальных ожиданий жены. Негативная оценка мужа переросла у обследуемой по механизму проекции на всех мужчин, собственное “Я” стало идентифицироваться со всеми женщинами, причем женщины стали оцениваться выше мужчин (по механизму рационализации).

Пример 2. Мужчина 33 лет, имеющий большой сексуальный опыт и пользующийся успехом у женщин, привлекаемый к ответственности за изнасилование:

думаю, что большинство женщин... это шлюхи;

когда я чувствую, что женщина меня сексуально провоцирует, то... ощущаю к ней презрение, во мне закипает злость;

по-моему, женщины в сексе больше всего ценят... покорение мужчиной-самцом, а любовь для них лишь притворство.

У этого обследуемого его популярность среди женщин и их частые сексуальные провокации наложились на имевшееся разочарование в. своей первой любви и привели к восприятию женщин как подлых и неверных натур, которых он наказывал изнасилованием за бывшую измену.

Данные им дополнения свидетельствуют и о большой рациональности в отношении к сексу, которая вообще характерна для многих мужчин.

Д. МЕТОД АССОЦИАЦИЙ И ВООБРАЖЕНИЯ

Исследование производится следующим образом. Освидетельствуемое лицо удобно ложится на кушетку, закрывает глаза и воображает определенные ситуации и лица, предлагаемые экспертом, одновременно вслух комментируя возникшие образы. Метод применяется для дополнения анамнестического обследования, а также для выявления эмоциональных реакций обследуемого на конкретные события и лица. Метод крайне прост в осуществлении и одинаково приемлем при производстве экспертиз и по гражданским и по уголовным делам. В последнем случае использование теста особенно результативно при выяснении склонностей к сексуальной агрессии. Однако использование этого метода исследования в экспертизе по уголовным делам ограничивается тем, что подэкспертные часто проявляют защитные реакции при его применении. В качестве примера приведем два случая использования этого теста:

Пример 1. Женщина 29 лет, поддерживавшая в течение года половые отношения и с мужем, и с любовником. В процессе обследования освидетельствуемой было предложено вообразить себя лежащей на пляже, гуляющей по весеннему лесу. После достижения обследуемой состояния релаксации и воображения указанных ситуаций было предложено вообразить себе мужа. На лице подэкспертной сразу же появилась гримаса неприязни, сообщила, что в воображении “увидела неприятное для меня отталкивающее лицо мужа, не хочу его видеть”. На задание вообразить себе сексуальный контакт с мужем у обследуемой участилось дыхание, покраснело лицо, появилась гримаса отвращения и злости, сообщила, что “вижу, как он пробует ко мне прикоснуться, а я вырываюсь и убегаю от него”. На задание представить себе любовника у обследуемой просветлело лицо, появилась нежная улыбка, дыхание успокоилось, сообщила, что “вижу его нежные и ласковые руки, которые меня гладят, хочу быть с ним, мне нравится любоваться его телом, хочу долго, долго его ласкать...”

Пример 2. При обследовании супругов, которые не могли начать половую жизнь, им было предложено умозрительно воссоздать со всеми деталями в замедленном темпе процесс попытки совершения полового акта. При этом было установлено, что под влиянием взгляда жены, в котором муж увидел угрозу (“следит за тем, что я сейчас сделаю и вижу во взгляде пренебрежение мною как мужчиной”), у него происходило уменьшение силы эрекции полового члена.

С помощью этого метода можно выяснять эротическую притягательность различных объектов для обследуемого лица, излюбленные им формы сексуальных ласк и позиций совершения полового акта, устанавливать наиболее чувствительные эрогенные зоны

обследуемого, интенсивность появления у него сексуального возбуждения на определенные сексуальные раздражители (например, при наличии девиантного поведения).

Е. МЕТОД ТЕМАТИЧЕСКИХ ОБРАЗОВ

Данный метод предназначен для определения позиций обследуемого в отношении сексуальной роли, черт идеального партнера, характерных черт другого пола, позитивных и негативных объектов полового возбуждения. Этим методом может пользоваться каждый эксперт, так как он крайне прост в применении и не требует для своего использования наличия специальной подготовки по психологии. Тем не менее интерпретация получаемых результатов все-таки требует от эксперта некоторых навыков и определенной осторожности.

Методика состоит в том, что обследуемому демонстрируют серию фотографий с изображением одетых, частично и полностью обнаженных мужчин, женщин и детей, которые выполняют самые разнообразные действия, в том числе и сексуального характера. Для этих целей могут быть использованы и репродукции произведений искусства из художественных альбомов, кадры из художественных и научно-популярных фильмов, репродукции эротографических и порнографических изданий. Исследуемого просят сообщить о возникающих при просмотре предложенных фотографий ощущениях, рассказать, что ему нравится в конкретном изображении, а что — нет и т.п.

Для иллюстрации возможной интерпретации получаемых результатов приводим следующие наиболее типичные реакции обследуемых. Так, многие мужчины, традиционно представляющие себе мужскую половую роль, предпочитают фотографии с изображением сексуальных позиций, выражающих подчиненное положение женщины и ее полную самоотдачу. Мужчины, испытывающие неуверенность в мужской половой роли и угрозу со стороны женщин, часто негативно оценивают фотографии с изображением популярных актрис. Многие гетеросексуальные педофилы при просмотре фотографий с изображением девочек усматривают в их поведении черты взрослого сексуального кокетства и даже типичная детская мимика воспринимается ими в том же ключе [*Специфика применения данного метода при обследовании детей и подростков — см. примечания ниже.].

Ж. ПРОЕКЦИОННЫЙ ТЕСТ РОРШАХА

В смысле трудностей интерпретации получаемых результатов тест Роршаха является одним из самых сложных психологических проекционных тестов. По мнению знатоков этого метода, для его эффективного использования на практике необходим многолетний опыт. Однако, несмотря на определенные трудности в применении, метод имеет большое количество горячих сторонников, впрочем, — не меньшее количество и убежденных противников. Этому методу посвящено большое количество специальных работ [113, 282 и др.]. Как правило, метод используют только опытные психологи. Техника его использования проста, но оценка результатов требует больших затрат времени и внимания.

В своей работе мы используем тест Роршаха с 1967 года и за прошедший период провели с его помощью обследование около 800 пациентов с сексуальными нарушениями, 175 пациентов с неврозами и 88 пациентов с психопатиями. Как правило-, используем этот метод и при обследовании освидетельствуемых в ходе производства судебно-сексологических экспертиз. Имеющийся опыт позволяет сказать, что высокая ценность метода для его использования в сексологических целях практически оправдывает те затраты времени, которые необходимы врачу-сексологу для получения соответствующей психологической подготовки.

Методика тестирования состоит в демонстрации обследуемому 10 стандартных таблиц с расположенными на них разнородными произвольными черными и цветными пятнами, тематика которых не несет никакой смысловой нагрузки. Обследуемого просят рассказать о возникающих у него при рассматривании этих пятен ассоциациях по принципу аналогии их с чем-либо или кем-либо. При этом регистрируется время реакции на каждую таблицу, записываются полные ответы обследуемого и отмечаются еще

некоторые показатели. Все полученные данные кодируются по специальной схеме и оцениваются по определенным правилам. Однако интерпретация ответов обследуемого требует обязательной их индивидуализации, что и обусловливает необходимость наличия у эксперта соответствующего опыта. В связи с этим эксперт, не имеющий специальной подготовки в области психологии, не в состоянии широко использовать в своей работе данный тест. Тем не менее это не исключает применение им этого метода в ограниченном, прикладном объеме для исследования лишь сексуальной сферы. Для этого используют следующую схему интерпретации результатов:

1. Явные сексуальные ассоциации (чаще вызываются изображением на таблицах II; III, VI, VII, IX).

2. Скрытые сексуальные ассоциации (возникающие при ассоциациях изображений с видом внутренних органов человека или при ассоциациях символического характера).

3. "Сексуальный шок" — отказ от ответа при просмотре таблиц, которые определены как "сексуальные" (по убывающей эти таблицы располагаются следующим образом: VI, IX, VII, III, II).

4. Ответы с девиационным содержанием.

Несмотря на то что многие специалисты утверждают, что при просмотре таблиц Роршаха у сексуально нормальных людей сексуальные ассоциации возникают с содержанием не более одной-двух таблиц, в нашей практике подобные случаи встречались чаще. По-видимому, это обусловлено тем, что само осознание обследуемым участия в сексологическом обследовании исподволь подталкивает его к поиску именно сексуальной направленности данного теста. Причем наибольшее количество сексуальных ассоциаций возникает у обследуемых с гиперсексуальностью (20—50% ответов), у лиц, имеющих высокий уровень сексуальных потребностей и значительный сексуальный опыт, а также у сексуально неудовлетворенных лиц. Отсутствие явных сексуальных ассоциаций, напротив, отмечается чаще у обследуемых с гипосексуальностью, у лиц с непробудившейся сексуальностью и у страдающих сексуальными комплексами.

Наиболее трудна интерпретация ответов в случаях скрытых сексуальных ассоциаций, так как сексуальная символика крайне многолика и требует для своей дешифровки познания врачом культуральных, средовых и индивидуальных символов. Ответы этого типа затрагивают подсознательную сексуальность и чаще даются лицам, страдающим сексуальной заторможенностью или сексуальными комплексами.

Кроме указанных проявлений "сексуального шока" в виде реакций на отдельные таблицы к этому виду реагирования относится и удлинение времени реакции на таблицы с "сексуальным" содержанием по сравнению с другими таблицами. Например, обследуемый после ознакомления с "сексуальной" таблицей дает ответ только через 40—60 секунд, в то время как при просмотре других таблиц — через 5—15 секунд. Реагирование по типу "сексуального шока" чаще отмечается у лиц с сексуальной заторможенностью, у страдающих сексуальными комплексами и иными сексуальными нарушениями.

Ответы девиационного содержания могут быть явными либо иметь символический характер. Так, например, эксгибиционисты чаще указывают на фаллические ассоциации, педофилы — на ассоциации с детьми или признаками строения их тела, склонные к анальным контактам лица — на анальные ассоциации (особенно низ таблицы VII). Наш опыт показывает, что обследуемые, имеющие проблемы с совершением полового акта, часто реагируют "сексуальным шоком" на таблицу IX, импотенты — на таблицу VI, садисты и сексуальные убийцы реагируют, таким образом, на красный цвет пятен или на пятна, вызывающие у них ассоциации с пятнами крови, и т.п. В литературе можно встретить описание ответов, признанных специфическими для определенного типа психосексуальной ориентации личности (например, для гомосексуалов, бисексуалов, транссексуалов и т.д.). Но тем не менее и к интерпретации этих ответов всегда надо подходить индивидуально.

3. ШКАЛА СЕКСУАЛЬНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ

Данный метод исследования разработан в 1968 году, а в настоящее время используется модификация 1975 года. Этот довольно простой метод может применять в

своей повседневной работе каждый эксперт. Суть метода состоит в том, что обследуемому дают 30 карточек с текстом сексуального содержания и просят по ним определить собственную иерархию сексуальных возбудителей, расположив карточки в порядке убывания их значимости для освидетельствуемого (от наиболее позитивных к наименее позитивным и от наиболее негативных к наименее негативным). На карточках нанесены следующие надписи:

1. Прижать к себе
2. Поцелуй в лицо
3. Поцелуй в рот
4. Нагота партнера
5. Ласки молочных желез
6. Дотрагивание партнером до моих половых органов
7. Я дотрагиваюсь до половых органов партнера
8. Ласки клитора
9. Возбуждение полового члена рукой
10. Стимуляция влагалища рукой
11. Ласки губами половых органов партнера
12. Ласки моих половых органов губами партнера
13. Ощущение сексуального возбуждения партнера
14. Введение полового члена во влагалище
15. Ощущение соития с партнером, возникающее после введения полового члена во влагалище
16. Фрикционные движения полового члена во влагалище
17. Семяизвержение вне влагалища
18. Семяизвержение во влагалище
19. Оргазм женщины
20. Оргазм в результате ласки половых органов ртом
21. Классическая (европейская) позиция совершения полового акта (мужчина лежит сверху, лицо женщины обращено к нему)
22. Обратная позиция совершения полового акта (женщина расположена на мужчине)
23. Боковая позиция совершения полового акта
24. Позиция совершения полового акта в позе сидя
25. Позиция совершения полового акта, при которой мужчина располагается сзади женщины (азиатская позиция)
26. Позиция совершения полового акта в позе стоя
27. Преобладание собственной активности в половой жизни
28. Преобладание в половой жизни активности партнера
29. Взаимная активность партнеров в половой жизни
30. Сопровождение полового акта сексуальными фантазиями.

В модифицированном варианте этого теста добавились следующие названия карточек:

1. Групповой секс
2. Одновременное сожительство с двумя сексуальными партнерами
3. Половое сношение через прямую кишку
4. Половое сношение между бедрами партнера
5. Семяизвержение в рот партнера
6. Половое сношение между молочными железами партнерши
7. Семяизвержение в результате раздражения полового члена рукой партнера
8. Оргазм в результате самовозбуждения струей воды
9. Оргазм в результате самовозбуждения с помощью какого-либо предмета
10. Запах партнера
11. Запах области половых органов партнера
12. Использование техники удлинения полового акта.

Таким образом, с учетом модификации применяется всего 42 карточки. Использование данного метода имеет ряд достоинств.

1. Помогает обследуемому изложить эксперту свои сексуальные взгляды. Это особенно важно для подэкспертных, которые по причине замешательства или стеснительности, либо в связи с незнанием специфической терминологии, не смогли ответить на соответствующие вопросы при вербальном анамнестическом обследовании[*Это преимущество дает возможность использования данного метода исследования при анамнестическом обследовании глухонемых, а также при наличии выраженного языкового барьера между экспертом и подэкспертным (в последнем случае текст на карточках наносится на родном для обследуемого языке)].

2. Позволяет эксперту установить позитивную и негативную иерархию сексуальных возбудителей для конкретного подэкспертного.

3. В случае обследования обоих партнеров позволяет определить уровень совпадения и расхождения их сексуальных потребностей.

И. ТЕСТ СЕКСУАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ (по ЛО ПИККОЛО)

[*Этот тест является вариантом MMPI, приспособленного к задачам сексологического обследования.]

В 1974 году Lo Piccolo и Steger [200] опубликовали метод диагностики сексуальных дисфункций на основе определения сексуальной приспособленности и сексуальной удовлетворенности партнеров в гетеросексуальной связи. Тест состоит из списка, содержащего 17 видов гетеросексуального поведения. Для каждого вида поведения (отдельного для мужчин и женщин) предусмотрено по 6 ответов на вопросы. Ответы распределены по 6-ступенчатой шкале. Затем, после получения ответов, касающихся всех 17 видов поведения, ответы суммируются для создания 11-профильной шкалы.

Перечень 17 видов гетеросексуального поведения:

1. Мужчина рассматривает голую женщину
2. Женщина рассматривает голого мужчину
3. Мужчина и женщина целуются в течение 1 минуты
4. Мужчина ласкает женщину, не касаясь при этом ее груди и половых органов
5. Мужчина ласкает все тело женщины, за исключением ее половых органов
6. Мужчина ласкает руками грудь женщины
7. Мужчина ласкает грудь женщины губами и языком
8. Мужчина ласкает половые органы женщины рукой
9. Мужчина ласкает рукой половые органы женщины вплоть до достижения ею оргазма
10. Женщина ласкает руками половые органы мужчины
11. Женщина ласкает руками половые органы мужчины вплоть до наступления семяизвержения
12. Мужчина ласкает половые органы женщины ртом (губами, губами и/или языком, языком)
13. Мужчина ласкает ртом половые органы женщины вплоть до достижения ею оргазма
14. Женщина ласкает половые органы мужчины ртом
15. Женщина ласкает половые органы мужчины ртом вплоть до наступления семяизвержения
16. Мужчина и женщина совершают половой акт
17. Мужчина и женщина совершают половой акт и достигают возникновения оргазма друг у друга

Все перечисленные 17 видов гетеросексуального поведения в аналогичной формулировке повторяются 17 раз (по одному пункту из перечня на каждой карточке, т.е. всего 289 карточек), но при этом их отличие заключается в -том, что в верхней части каждой карточки дополнительно делается по одной записи из следующего списка:

1. Ты и твой партнер приглашаются к участию в данном виде сексуального поведения. Как часто тебе приходится участвовать в таком поведении? Как часто хотел(а) бы участвовать в нем?

1) В настоящее время приходится участвовать в таком поведении (совершать такие действия):

а). никогда

б) редко (примерно в 10% случаев)

в) от случая к случаю (примерно в 25% случаев)

г) достаточно часто (примерно в 50% случаев)

д) для меня это привычно (примерно в 75% случаев)

е) всегда, во всех случаях

2) Хотел (а) бы участвовать в таком поведении (совершать такие действия): (повторяются все предыдущие варианты ответов от а) до е).)

2. Насколько это поведение приятно для тебя в настоящее время? Как ты думаешь — насколько оно приятно твоему партнеру?

3) Для меня это поведение является:

а) крайне неприятным

б) умеренно неприятным

в) несколько неприятным

г) незначительно приятным

д) умеренно приятным

е) очень приятным

4) Думаю, что для моего партнера такое поведение является (повторяются все предыдущие варианты ответов из пункта 3).)

3. Как ты думаешь, насколько такое поведение для тебя и для твоего партнера является идеальным? Как бы тебе хотелось его воспринимать? Как бы тебе хотелось, чтобы его воспринимал твой партнер?

5) Мне хотелось бы воспринимать это поведение как: (повторяются все варианты ответов из пункта 3).)

6) Хотелось бы, чтобы мой партнер воспринимал такое поведение как: (повторяются все варианты ответов из пункта 3).) Полученные таким образом ответы сначала заносятся экспертом в специальную карту, оформленную следующим образом:

1. 1) абвгде 2) абвгде 3) абвгде 4) абвгде 5) абвгде 6) абвгде

2. 1) абвгде 2) абвгде 3) абвгде 4) абвгде 5) абвгде 6) абвгде

3. 1) абвгде 2) абвгде 3) абвгде 4) абвгде 5) абвгде 6) абвгде

4. 1) абвгде 2) абвгде 3) абвгде 4) абвгде 5) абвгде 6) абвгде

и так далее для каждого из 17 вариантов. После проведенного таким образом кодирования производится подсчет баллов по следующей схеме:

1) Частота диссатисфакции мужчины

2) Частота диссатисфакции женщины

3) Самоакцептуация мужчины

4) Самоакцептуация женщины

5) Достижение удовольствия через мужчину

6) Достижение удовольствия через женщину

7) Четкая перцепция через мужчину

8) Четкая перцепция через женщину

9) Акцептуация партнера через женщину

10 Акцептуация партнерши через мужчину

11) Общее несогласие

Пункты 1 и 2 являются разницей между результатами суммирования ответов на вопросы 1 и 2 по всем 17 вариантам. Высокий результат в какой-либо из шкал указывает на то, что данное лицо не удовлетворено совместной половой жизнью.

Шкалы 3 и 4 являются разницей результатов, полученных из разницы между ответами на вопросы 3 и 5. Высокий результат показывает, что данное лицо хотело бы иметь большую удовлетворенность от совместной половой жизни.

Шкалы 5 и 6 являются ответом на третий вопрос всех 17 видов поведения и выражает уровень достижения удовлетворенности от сексуальной активности.

Шкалы 7 и 8 показывают, с какой точностью каждое лицо знает наиболее приемлемые формы сексуального поведения своего партнера. Они являются результатом

суммирования разницы ответов на вопросы 3 и 4. Высокие показатели указывают на то, что партнеры общаются взаимно неэффективным способом.

Шкалы 9 и 10 — это разница результатов суммирования разницы ответов на вопросы 4 и 6. Высокий уровень этих результатов указывает на то, что отвечающий считает своего партнера сексуально неудовлетворенным или не реагирующим на сексуальную стимуляцию.

Шкала 11 является суммирующей между всеми разницами сумм результатов других шкал, за исключением шкал 5 и 6.

Данный метод пригоден для употребления в экспертизах по гражданским делам, не говоря уже о том, что он употребим и в клинике для диагностики сексуальной неприспособленности партнеров.

К. ШКАЛА СУПРУЖЕСКОЙ СВЯЗИ

Во многих случаях является необходимым определение уровня партнерской связи. Для этих целей Szopinski (1981) предложил шкалу супружеской связи, охватывающей 60 факторов, разделенных на 5 категорий. Минимальное количество охватываемых этим тестом факторов равно 60, а максимальное — 300. Сам автор считает, что для мужчин среднее количество учитываемых показателей должно составлять 248, а для женщин 247. Незначительное различие партнерской связи проявляется при различиях в 0—4 пунктах, среднее — при различии в 5—45 пунктах, а значительное — при факте различий в 45 и более пунктах. Приводим предлагаемую автором анкету, в которой обследуемый должен отметить знаком “X” в соответствующем столбце свое суждение о партнерской связи.

Факторы, характеризующие супружескую связь.(Ответы на каждый пункт по шкале: Очень часто/Часто/Никогда/Очень редко/Редко)

1. Чувствую настроение супруга
2. Все важные проблемы решаю вместе с супругом
3. Бюджет семьи планируем вместе с супругом
4. Прощаю супругу причиненные мне обиды
5. Понимаю супруга во многих случаях
6. Важнейшие покупки делаем совместно с супругом
7. Чувствую, что партнер не разочарует меня в браке
8. Рассказываю супругу о своих достижениях
9. Вместе используем методы предупреждения беременности, согласовывая их
10. Во время вынужденной длительной разлуки тоскую по супругу
11. Обсуждаю с супругом любые вопросы, не имею от него никаких тайн
12. Окружаю супруга заботой
13. Стараюсь помнить о семейных годовщинах
14. Стараюсь выяснить причину печали супруга
15. Охотно провожу свободное время с супругом
16. Чувствую, что могу доставить радость супругу
17. Свои желания выражаю супругу без боязни
18. Вместе с супругом заботимся о поддержании порядка в доме
19. Являюсь ласковой (ым) и заботливой (ым) по отношению к супругу
20. Говорю супругу о его ошибках в такой форме, чтобы его не обидеть
21. Сотрудничаю с супругом в воспитании детей
22. Переживаю с супругом его заботы
23. Даю понять супругу, что мне с ним хорошо
24. В нашем браке существует равноправие мнений
25. В трудные минуты жизни нуждаюсь в близости супруга
26. Стараюсь первым (ой) сгладить щепетильную ситуацию
27. Готов (а) к компромиссу с супругом
28. Радуюсь удачам супруга
29. Понимаю потребность супруга в контактах с его семьей (родственниками)
30. Трудности жизни преодолеваю совместно с супругом

31. С вниманием отношусь к усталости супруга после работы или от домашних дел
32. Рассказываю супругу о всех своих опасениях
33. Говорю супругу о том, что ценю его успехи
34. Являюсь снисходительным к супругу
35. Со временем все больше понимаю супруга
36. Признаю принцип супружеской верности
37. Чувствую ответственность за совместную жизнь с супругом
38. Стараюсь внимательно относиться к замечаниям супруга в мой адрес
39. В целях сохранения нашего брака ищу оптимального выхода из кризисных ситуаций
40. С супругом чувствую себя легко и свободно
41. Супруг является первым лицом, к которому я обращаюсь за советом
42. Имею с супругом общих приятелей
43. Перед половой близостью стараюсь создать у супруга хорошее настроение
44. Мне кажется, что вместе с супругом я буду все понимать лучше
45. Готов (а) сделать все для сохранения нашего брака
46. В половой жизни учитываю потребности супруга
47. У нас с супругом общие взгляды на методы воспитания детей
48. Если бы мне пришлось вновь вступать в брак, то я опять выбрала бы своего супруга
49. Половая близость с супругом укрепляет нашу духовную связь
50. Ценю домашнюю работу супруга
51. Хочу, чтобы супруг достиг чего-то в жизни
52. Соизмеряю половую активность с самочувствием супруга
53. Признаюсь супругу в своей вине перед ним
54. Для супруга готова на любые жертвы
55. От половой близости с супругом получаю эмоциональное удовольствие
56. Ценю профессиональную репутацию супруга
57. Имею с супругом общие увлечения
58. Внимательно отношусь к . переживаниям супруга после половой близости
59. Соглашаюсь с мнением супруга о количестве детей в нашей семье
60. Руководствуюсь с супругом одними и теми же моральными принципами

Примечание перевод.: Методы психологического исследования в процессе производства судебно-сексологической экспертизы в нашей стране документально не регламентированы и в настоящее время фактически не употребляются ни судебными медиками, ни судебными психиатрами. Существуют десятки подобных методов, в том числе и проектируемых, которые при условии хорошего владения ими могут быть полезными в диагностической работе. Применение этих методов вовсе не преследует цель заменить врача и методы объективной клинической и экспертной диагностики. Если психологические методы умело используют специалисты, имеющие экспертный опыт, применяющие их наряду с другими методами, то они могут получить ценные ориентировочные сведения. Сами по себе эти методы позволяют получить сведения от освидетельствуемого и отметить его реакции, связанные с действиями объективных раздражителей.

Л. ДРУГИЕ МЕТОДЫ СЕКСОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Кроме описанных методов в своей работе эксперт может использовать и другие методы исследования, в том числе и лично им разработанные. В сексологической литературе описано несколько десятков методов исследования, пригодных для использования в сексологической практике, постоянно публикуются новые. Многие эксперты используют в своей работе и те методы, с которыми они ознакомились в процессе зарубежной, стажировки в области сексологии.

Существуют и инструментальные методы исследования, основанные на применении специальной медицинской аппаратуры для диагностики нарушений сексуальной жизни и дифференциальной диагностики обусловливающих их органических и функциональных причин. Для этих целей в большинстве западных сексологических центров используются

различные плетизмографы, термографы, фотоплетизмографы, приборы для измерения мышечного тонуса и т.п.

В своей работе эксперты широко используют распространенное в психологической и психиатрической практике тестирование. К дополнительным методам следует отнести и необходимое иногда рентгенологическое исследование. В ряде случаев при производстве судебно-сексологической экспертизы требуются лабораторные методы исследования. Чаще всего это исследования семенной жидкости, биохимическое исследование гормонального фона, цитогенетические исследования. Необходимость применения указанных методов может стать причиной направления освидетельствуемого лица для обследования в высокоспециализированный медицинский центр. Подобная ситуация может сложиться и при наличии у эксперта диагностических сомнений и затруднений, например в случаях неврологической, психической, генетической или эндокринной патологии у обследуемого.

Глава VIII

Заключение эксперта-психолога в ходе судебно-сексологической экспертизы

В последние годы широко обсуждается вопрос о роли специалиста в области психологии, участвующего в качестве эксперта в уголовном деле, а также об эффективности привлечения психолога к производству судебной экспертизы [94, 112, 156, 193, 293, 316]. Привлечение такого специалиста к участию в судебно-сексологической экспертизе в качестве самостоятельного эксперта целесообразно по ряду причин. Психолог шире и глубже анализирует личность обследуемого, мотивы его поведения в криминальной ситуации, пределы вменяемости. Во многих случаях его заключение позволяет точнее диагностировать и дифференцировать фон, на котором возникли сексуальные нарушения у подэкспертного (органический, психогенный, социогенный). Неоценимой может оказаться помощь эксперта-психолога в тех случаях, когда эксперт-сексолог не имеет достаточной подготовки в области психопатологии и не владеет методами психологического исследования.

Необходимо учесть, что эксперт-психолог в своей работе руководствуется не только данными тестовых психологических исследований, а эффективно использует специальные познания и при анализе материалов дела, и при непосредственном наблюдении за личностью обследуемого в процессе производства экспертизы. Являясь специалистом в своей области, он может обратить внимание на ряд существенных для дела в целом и для экспертизы в частности моментов, которые ускользнули от внимания недостаточно искушенного в области психологии эксперта-сексолога.

В последнее время по делам о сексуальных преступлениях все чаще дается экспертное заключение, подготовленное коллективом специалистов: сексологом, психиатром и психологом[*Советское уголовно-процессуальное законодательство именует такие экспертизы, проводимые группой экспертов разных специальностей, комплексными экспертизами]. Подобные заключения экспертизы для следствия и суда наиболее ценны, так как позволяют создать цельный взгляд на личность участников сексуального преступления, основанный на многостороннем анализе различными специалистами.

Глава IX

Судебно-сексологическое заключение

Заключение эксперта-сексолога включает в себя следующие типовые разделы:

1. Вводная часть. В ней указываются: номер данного заключения; время проведения экспертизы; по чьему предложению она была произведена; кем и где произведена; каким способом (амбулаторно, стационарно); данные освидетельствуемого лица (фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, происхождение, образование, профессия, семейное

положение).

2. Данные материалы дела. В этом разделе указываются: поставленные на разрешение экспертизы вопросы; изложенные в постановлении следствия или суда о назначении экспертизы обстоятельства данного дела; выписки из представленных материалов дела; данные представленных эксперту медицинских и иных документов; данные о другой информации, которой располагал эксперт в момент производства экспертизы (например, заключения медицинских экспертиз, произведенных врачами других специальностей или другими врачами той же специальности, и т.п.).

3. Данные произведенного сексологического исследования. В этой части экспертизы указываются: результаты анамнестического обследования подэкспертного; описание всех других примененных методов исследования и их результаты; данные соматического исследования; данные произведенных лабораторных исследований; описание поведения обследуемого лица в процессе производства экспертизы.

4. Выводы эксперта и их обоснование. В данном разделе указываются: установленный экспертом диагноз; ответы на все поставленные перед экспертом вопросы и их научное обоснование[*В СССР структура и правила оформления “Заключения эксперта”, в том числе и при производстве судебно-медицинской сексологической экспертизы, регламентируются специальными документами Министерства здравоохранения СССР (см. прим.). Указанные в них общие принципы структуры и оформления “Заключения эксперта” в целом совпадают с приведенной автором схемой].

Завершающий раздел судебно-сексологического заключения наиболее важен как для назначившей экспертизу стороны, так и для обследуемого лица и его защиты. Надлежащим образом сформулированные выводы должны быть ясными, очевидными, мотивированными и обоснованными, а самое главное — понятными для лиц, не являющихся специалистами в области сексологии и медицины.

Если полученные в процессе производства экспертизы данные позволяют эксперту полностью разрешить все поставленные перед ним вопросы и у него не остается и тени сомнения в том, что данное дело ясно ему до конца, то в этом случае выводы могут быть сформулированы в категорической форме. В тех же случаях, когда произведенные исследования не дали однозначных результатов, формулировка выводов может носить альтернативный характер. Если эксперт не может ответить на отдельные вопросы, в том числе и в связи с тем, что их решение выходит за пределы его компетенции, то это также должно быть отражено и соответствующим образом мотивировано в его выводах. В необходимых случаях эксперт указывает, что для решения тех или иных вопросов необходимо привлечь к участию в экспертизе специалистов другого профиля, либо произвести дополнительно определенное исследование, либо провести или продолжить данную экспертизу не амбулаторным, а стационарным способом, и т.п.

В первую очередь выводы должны быть обоснованы результатами произведенных в процессе экспертизы исследований. Научное обоснование выводов может быть сформулировано в категорической или гипотетической форме.

Наиболее сложным является вопрос о вменяемости подэкспертного. Обычно его решение является прерогативой самостоятельной судебно-психиатрической экспертизы. Вместе с тем этот вопрос может решаться комплексно и в процессе судебно-сексологической экспертизы, при условии участия в ней экспертов-психиатров. Причем в данном случае психиатры должны решить вопрос о вменяемости подэкспертного только после того, как эксперты-сексологи выполнят свою (сексологическую) часть экспертизы и с обязательным учетом данных ими выводов. Отсюда становится понятным, что в тех случаях, когда судебно-сексологическая и судебно-психиатрическая экспертиза проводятся раздельно, первая из них всегда должна предшествовать последней.

По вопросу о вменяемости лиц, совершивших сексуальные преступления, разными психиатрическими школами и отдельными исследователями высказываются крайне противоречивые мнения. Большинство специалистов согласны с тем, что преступное поведение лиц, страдающих сексуальными нарушениями, умственной отсталостью, психическими и психоорганическими заболеваниями, может быть связано со значительно ограниченной вменяемостью или полной их невменяемостью. Однако при наличии у совершивших половые преступления лиц сексуальных девиаций или при

совершении этих преступлений субъектами с патологическим развитием личности — мнение специалистов об их вменяемости расходится. Ряд авторов в этих случаях считают возможным установление у таких лиц ограниченной вменяемости и реже — невменяемости. Другие же считают, что в этих случаях речь может идти только о незначительном ограничении или неполной вменяемости [138, 174, 183, 208, 291, 347]. Так, например, Краковская-психиатрическая школа по сравнению с Варшавской чаще дает заключение о значительно ограниченной вменяемости или полной невменяемости субъектов с патологическим развитием личности, совершивших сексуальные преступления[*Законодательством Польши и ряда других стран предусмотрена, кроме вменяемости и невменямости, и формула так называемой уменьшенной (частичной, ограниченной, неполной) вменяемости — снижения вины и ответственности лиц с признаками психических аномалий, которые сами по себе не влекут невменяемости. Действующее советское законодательство признает лишь альтернативный подход к проблеме вменяемость — невменяемость].

Абстрагируясь от противоречий между различными школами и отдельными специалистами, мы считаем, что решение вопроса о вменяемости лица, совершившего сексуальное преступление, должно производиться строго индивидуально в каждом конкретном случае, а не шаблонным путем. Так, в нашей практике неоднократно встречались сексуальные преступники с патологическим развитием личности, обладавшие, однако, отменной вменяемостью.

При решении вопроса о вменяемости/невменяемости мы руководствуемся принципом разделения этого понятия на две составляющие: способность подэкспертного к пониманию совершенного поступка и способность к его руководству собственными действиями[*В СССР в соответствии с законом условия невменяемости, которыми руководствуется суд и на основе которых строится судебно-психиатрическое заключение, определяются так называемой формулой невменяемости, данной в статье 11 действующих Основ уголовного законодательства Союза ССР и союзных республик. Многообразие клинических проявлений и различная степень тяжести нарушений психики обусловили необходимость двух критериев в структуре этой формулы — медицинского и юридического. Медицинский критерий представляет собой обобщающий перечень психических болезней, которые подразделяются на 4 группы (хроническая душевная болезнь; временное расстройство душевной деятельности; слабоумие; иные болезненные состояния). Юридическии критерий является более общим и включает в себя два признака: интеллектуальный (невозможность отдавать себе отчет в своих действиях) и волевой (невозможность руководить своими действиями). Таким образом, предлагаемое автором разделение понятия “невменяемость” на две составляющие соответствует принятому в СССР юридическому критерию невменяемости].

На практике довольно часто встречаются ситуации, когда преступник понимал значение совершаемого им поступка, но в связи с наличием той или иной патологии не мог руководить своими действиями и наоборот. Можно сказать, что он бьш полностью вменяем по одной составляющей, но при этом ограниченно вменяем, или полностью невменяем по другой. Случаи, когда ограничение вменяемости или полная невменяемость наблюдаются по обеим составляющим, встречаются значительно реже и в основном отмечаются у тяжело психически больных или значительно умственно отсталых лиц. Однако при всей очевидной справедливости подобного подхода к вопросу о вменяемости обследуемого лица многие эксперты недооценивают значение этого принципа. К сожалению, подобное расчленение понятия вменяемость/невменяемость отвергается многими прокурорами и судьями, что нередко приводит к возникновению конфликтных ситуаций в суде [*В отечественной литературе вопрос вменяемости /невменяемости лиц, страдающих сексуальными нарушениями или совершивших сексуальные преступления, наиболее полно освещен в работе А. Нохурова [376]].

Глава X

Эксперт в зале судебного заседания

Ход судебного процесса порой напоминает захватывающее театральное действие. Однако, в отличие от театра, в суде каждое действующее лицо исполняет не придуманную, а свою собственную жизненную роль. Особенность положения всех участников процесса заключается в том, что каждый из них является не только исполнителем той или иной роли, но одновременно и зрителем, пристрастно наблюдающим за игрой остальных "актеров". Не избегает этой участи и эксперт. При этом в ряде случаев его поведение и действия находятся в прямой зависимости от поведения и действий иных участников процесса, которые, в свою очередь, наблюдают за экспертом, оценивают его поведение и анализируют действия.

В подавляющем большинстве случаев при рассмотрении как уголовных, так и гражданских дел эксперту не приходится сталкиваться со сколько-нибудь серьезными затруднениями при исполнении своей роли в судебном заседании. Однако, как показывает наш многолетний опыт, при рассмотрении некоторых дел эксперт встречается с некоторыми довольно типичными проблемами. Чаще всего они обусловлены не профессиональными характеристиками эксперта и данного им заключения, а субъективным мнением участвующих в процессе, их реакциями эмоционального плана. Участники процесса оценивают обсуждаемые в суде сексуальные проблемы в первую очередь с точки зрения своего жизненного опыта, собственных позиций по отношению к другому полу и к вопросам секса, индивидуального уровня морально-этических ценностей. При этом существенную роль играет и глубочайшая интимность рассматриваемых вопросов, которая нередко создаст барьер естественной стыдливости при обсуждении сексуальных проблем в зале суда. Так, например, бывают случаи, когда оглашение экспертом заключения, в котором подробно рассматриваются механизмы сексуального поведения и психосексуальной ориентации подсудимого, производит эффект взорвавшейся бомбы и ввергает участников процесса в эмоциональный шок. После этого в ранее шумном зале суда возникает гробовая тишина и никто из участников процесса не желает задавать эксперту какие-либо вопросы даже в тех случаях, когда рассматриваемое дело полно противоречий.

В других случаях заключение эксперта вызывает протест потому, что изложенное в нем мнение эксперта противоречит имеющимся у кого-то из участников процесса установкам по отношению к сексу, субъективному жизненному опыту или его мировоззрению. Так, в нашей практике был случай, когда судья-женщина никак не могла согласиться с мнением эксперта о том, что практиковавшиеся подэкспертным гетеросексуальные орально-генитальные ласки являются нормальным проявлением сексуальности. По глубокому убеждению судьи, подобные действия должны были рассматриваться как девиантные, либо как свидетельствующие о развращенности подсудимого лишь на том основании, что лично у нее они вызывали отвращение. Приведенный пример с успехом иллюстрирует характерные для многих судей затруднения, вызываемые необходимостью дать оценку сексуальным проблемам. Такое положение в большинстве случаев обусловлено невысоким уровнем сексуальной культуры общества, в котором по отношению к сексу проявляется традиционный ригоризм. Поэтому мнение эксперта-сексолога по тем или иным вопросам может являться шокирующим для суда, так как противоречит взглядам его участников. Подобные разногласия чаще возникают в случаях рассмотрения вопросов о групповом сексе, гетеросексуальных, орально- и анально-генитальных контактах, гомосексуализме, которые многими людьми однозначно трактуются как сексуальные девиации, проявления психических заболеваний или развращенности.

Конфликты между экспертом и прокурором в суде чаще возникают на почве оценки вменяемости лица, совершившего сексуальное преступление. В большинстве случаев подобные конфликты обусловлены тем, что многие прокуроры не признают разделения критерия невменяемости на два самостоятельных признака и считают, что вменяемость по одному из них автоматически определяет вменяемость и по другому. В случаях возникновения таких конфликтов обвинение нередко настаивает на назначении повторной экспертизы.

Несомненно, что наибольшее количество проблем в судебном заседании как по гражданским, так и по уголовным делам, возникает у эксперта-сексолога при общении с адвокатами. Многие из них — настоящие эрудиты в области сексологии и без труда находят противоречия между данной экспертом научной трактовкой конкретного случая с трактовкой подобных случаев другими сексологическими школами. Поэтому эксперты, слабо разбирающиеся в теоретических положениях сексологии, а также невнимательно следящие за новейшими достижениями в своей специальности, при столкновении с такими адвокатами часто попадают в затруднительное положение. Но значительно чаще возникают ситуации, когда свое несогласие с мнением эксперта защита пытается обосновать, используя для этого уже устаревшие научные сведения.

Среди защитников иногда встречаются очень эмоциональные личности, которые настолько сживаются с положением своего клиента, что невольно начинают проецировать на него свои собственные жизненные и сексуальные позиции. Нередко это приводит к тому, что; забываясь, адвокат начинает задавать эксперту вопросы, напрямую противоречащие интересам подзащитного. Однако чаще встречаются случаи, когда адвокат пытается приписать жертве сексуальной агрессии, пострадавшей от его подопечного, провоцирующее сексуальное поведение. При этом защитник старается отыскать сексуальный подтекст в любых, даже самых невинных действиях потерпевшей(го). Очень распространенным мотивом, выдвигаемым защитой для доказательства добровольного совершения потерпевшей полового акта, является абсолютно голословное утверждение того, что здоровую взрослую женщину невозможно изнасиловать, если она сама того не хочет.

К сожалению, нередки и случаи, когда защитник не дает себе труда внимательно изучить материалы дела и произведенной экспертизы и ставит вопросы, исчерпывающие ответы на которые уже были изложены в заключении эксперта. Приходится сталкиваться и с такими “защитниками”, которые настолько слабо ориентируются в сущности дела, что при наличии результатов экспертизы более чем удовлетворяющих интересам его подзащитного так формулируют свои вопросы эксперту, что им может позавидовать любой обвинитель.

Следует отметить, что некоторые эксперты имеют тенденцию к слишком категоричному формулированию своих выводов, а ряд экспертов грешит при этом и выходом за пределы своей компетенции. Несомненно, что в подобных случаях опытному адвокату не составляет большого труда соорудить эксперту такую “ловушку”, из которой бывает очень трудно выбраться. Естественно, что в подобных же ситуациях оказываются и эксперты, которые небрежно относятся к производству экспертизы и оформлению заключения. Однако значительно чаще сами адвокаты таким образом формулируют вопросы перед экспертом, чтобы спровоцировать его на выход за пределы своих познаний (например, перед экспертом-сексологом, не являющимся психиатром, ставятся вопросы, заведомо относящиеся к компетенции судебно-психиатрической экспертизы, и т.п.).

Распространена и такая уловка у защиты: выяснение у эксперта диагностических возможностей разных методов исследования при производстве сексологической экспертизы. При этом достаточно эксперту подойти к рассмотрению такого вопроса с чисто научной, теоретической точки зрения, как сразу же последует ходатайство адвоката о назначении дополнительной экспертизы его подзащитному для проведения сложных диагностических исследований, которые не были произведены в ходе настоящей экспертизы. Доказать же в этом случае нецелесообразность использования дополнительных методов исследования бывает крайне затруднительно. Никогда не следует поддаваться на провокацию защиты, ставящей перед экспертом вопросы общетеоретического и даже философского плана. В подобных, лишенных конкретики, рассуждениях можно зайти так далеко, что у суда невольно возникнет сомнение в компетентности эксперта.

Многие эксперты болезненно реагируют на попытки подрыва их профессионального авторитета, предпринимаемые защитой. В этих ситуациях следует помнить, что эксперт всегда должен сохранять самообладание, несмотря ни на какие провокации, так как именно выведенный из состояния равновесия, раздраженный и волнующийся эксперт

становится наиболее уязвимым для заранее спланированных адвокатом действий, и каждая самая пустячная, допущенная экспертом ошибка будет взята защитой на вооружение и использована в целях дальнейшего умаления профессионального достоинства эксперта.

Кроме указанных, наиболее часто встречающихся экспертом в зале суда ситуаций, создающих для него определенные проблемы, имеется и ряд иных, более редких,, но тем не менее довольно типичных случаев, когда у эксперта также могут возникать затруднения. К ним следует отнести трудности при защите своего мнения, которое в данном случае можно изложить только в альтернативной форме. Не так уж редки и случаи, когда только в зале суда эксперт узнает о существовании таких обстоятельств дела, которые не были ему известны при производстве экспертизы, но существенно влияют на полученные в ходе ее результаты. Иногда приходится встречаться и со случаями, при которых подсудимый в зале суда заявляет, что эксперт в своем заключении якобы неверно или не в полном объеме отобразил сообщенные ему сведения, либо подсудимый отрицает производство ему в ходе экспертизы тех или иных исследований.

Многие эксперты, осознавая те трудности, которые могут возникнуть перед ними в судебном заседании, заведомо стараются ограничить свое участие в судебном разбирательстве только защитой данного заключения. Несомненно, что подобная практика вполне понятна, однако с профессиональной точки зрения большие симпатии вызывает активная позиция эксперта, при которой может быть получена ценная информация для окончательного формулирования им своих выводов по конкретному делу. В связи с этим напрашивается один пример из нашей практики: при рассмотрении в суде, казалось бы, банального дела об изнасиловании, благодаря вопросам эксперта, целенаправленно поставленным перед предполагаемой жертвой, обвинение подсудимого в совершении преступления было полностью подорвано и в итоге вынесен оправдательный приговор.

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ИЗ ПРАКТИКИ

Настоящий обзор включает 40 судебно-сексологических экспертиз, проведенных нами по гражданским делам и 78 — по уголовным (из них 24 — по делам об изнасиловании, 26 — в связи с педофильными действиями, 28 — по делам об убийствах

на сексуальной почве), а также несколько других как судебных, так и клинических случаев сексологических исследований.

Основные характеристики сексуальных преступников приведены в табл. 6—10.

Несомненно, что число обсуждаемых случаев слишком мало и поэтому не дает оснований для их серьезного статистического анализа или для выявления на данном материале каких-либо общих закономерностей. Однако, несмотря на это, а также на то, что .ограниченный объем книги вынуждает достаточно кратко проанализировать описываемые случаи, мы сочли необходимым включить этот раздел в настоящую публикацию, будучи глубоко уверенными в полезности подобного обмена опытом для практических экспертов.

Глава 1
Изнасилование

Как видно из данных, приведенных в табл. 6—10, насильники — это преимущественно молодые мужчины, в основном холостые, имеющие начальное образование и занятые физическим трудом. Углубленный анализ семейной среды, из которой они произошли, позволяет констатировать, что большинство будущих насильников негативно оценивали личности своих отцов и не имели с ними положительной чувственной связи. В то же время у них преобладали позитивные моменты в оценке личности матери, которая в большинстве случаев послужила идентификационным примером.

Таблица 6
Демографические характеристики исследуемой популяции преступников[*]

Характеристики	Насильники N= 24	Педофилы N= 26	Убийцы N= 28
1	2	3	4
Возраст			
до 25 лет	18	15	7
25-30 лет	5	7	12
свыше 30 лет	1	4	9
Происхождение: (из семьи):			
рабочих	24	18	21
крестьян	0	2	6
интеллигентов	0	6	1
Образование:			
начальное	18	11	7
профессионально-техническое	6	11	21
среднее	0	4	1
Семейное положение:			
холостые	18	18	14
женатые	6	8	14
имеющие детей	6	9	14
Профессия:			
Работники физического труда	18	18	24
ремесленники	2	3	1
работники умственного труда	4	5	3

Таблица 7
Анализ семейной среды, из которой произошла исследуемая популяция преступников

Характеристики	Насильники N=24	Педофилы N=26	Убийцы N=28
1	2	3	4
Оценка личности отца:			
позитивная	9	3	4
амбивалентная	2	9	20
негативная	13	14	4
Оценка чувственной связи с отцом:			

позитивная	6	4	5
амбивалентная	3	3	6
негативная	15	19	17
Оценка личности матери:			
позитивная	14	20	15
амбивалентная	3	2	2
негативная	7	4	11
Оценка чувственной связи с матерью:			
позитивная	11	26	12
амбивалентная	11	2	7
негативная	3	4	9
Аутоидентификация:			
с отцом	2	11	19
с матерью	12	22	2
Доминирующая в семье личность:			
отец	21	19	15
мать	3	6	2

Таблица 8

Анализ сексуальной биографии преступников

Характеристки	Насильники N=24	Педофилы N=26	Убийцы N=28
1	2	3	4
Наличие сексуального опыта в детстве	0	7	9
Возраст биологического созревания (половой зрелости):			
до 15 лет	13	22	9
в 15—17 лет	13	4	19
Частота мастурбации:			
Ежедневно	21	20	9
несколько раз в неделю	3	6	15
спорадически	9	0	4
Сексуально-эротическая ориентация сопровождавших мастурбацию фантазий:			
гетеросексуальная	21	11	22
бисексуальная	0	2	3
педофильная	0	11	0
гомосексуальная	0	3	0
оргистическая	3	1	3
Наличие эротических сновидений	3	3	12
Сексуально-эротическая направленность тематики эротических сновидений:			
Гетеросексуальная	21	14	16
Садистская	2	0	9
Педофильная	0	3	0
Оргистическая	2	9	1
Возраст сексуальной инициации:			

до 15 лет	9	11	5
в 15-17 лет	11	12	14
в 18-20 лет	1	1	2
после 20 лет	3	2	7
Неудачное течение первого в жизни полового акта	3	9	3
Число сексуальных партнерш 1	3	2	0
2-3	2	12	2
4-10	2	3	13
более 10	17	8	13
Предпочитаемые формы проведения сексуальной инициации партнерши:			
нежная, ласковая	3	12	8
грубая, насильственная	4	0	3
орально-генитальная	13	14	13
анально-генитальная	6	9	0
Предпочитаемые позиции при совершении полового акта:			
классическая	22	14	23
задняя	2	9	1
иные	2	3	4
Наличие гомосексуального опыта	6	10	5
Наличие опыта группового секса	9	11	5
Самооценка роли сексуального партнера:			
пониженная	2	22	25
позитивная	21	2	2
амбивалентная	3	2	1
Оценка уровня либидо:			
понижен	6	3	13
повышен	12	12	2
Низкий уровень спонтанных эрекций или их отсутствие	3	4	16
Традиционный взгляд на половую роль	24	26	28
Наличие сексуальных расстройств в настоящее время:			
расстройства эрекции	4	12	13
расстройства эякуляции	8	2	12
нарушение либидо	21	7	5
Устойчивость эмоциональных связей с партнерами:			
кратковременная связь	22	6	16
многолетняя связь	3	14	2

Таблица 9

Анализ результатов сексологического исследования

Характеристики	Насильники N=24	Педофилы N=26	Убийцы N=28
1	2	3	4
Соматическое исследование:			
пороки строения гениталий	0	1	0
ослабление каверзных рефлексов	0	0	7
Тест визуальной стимуляции:			
гиперреакция	8	3	0
гипореакция	8	7	12
Рисунок образа женщины:			
Агрессия, враждебность	8	0	4
защитная реакция	12	3	3
преобладание сексуальных черт	9	9	12
страх	3	4	6
инфантилизация черт	0	4	0
Рисунок образа мужчины:			
защитная реакция	8	13	22
сила, доминация	8	0	0
неуверенность	3	4	2
преобладание сексуальных черт	15	2	2
гомо- и бисексуальные черты	2	3	1
Рисунок собственного “Я”:			
защитная реакция	9	11	22
сила, доминация	9	0	3
гомо- и бисексуальные черты	4	7	2
Тест Роршаха:			
“сексуальный шок”	9	12	14
сексуальное содержание	12	9	2
девиантное содержание	2	4	0
Проекционный тест Старовича:			
агрессия к женщинам	3	3	13
затруднения с мужской ролью/ идентичностью	6	4	2
страх перед женщинами	9	3	4
педофильные черты	0	7	0

Таблица 10

Анализ патологии, выявленной при обследовании преступников

Характеристики	Насильники N=24	Педофилы N=26	Убийцы N=28
1	2	3	4
Гиперсексуальность	9	0	0
Гипосексуальность	9	0	6
Комплекс неразличения сексуального объекта	3	2	0
Садизм	2	0	1
Бисексуализм	0	10	4
Гомосексуальная педофилия	0	6	0
Гетеросексуальная педофилия	0	6	0
Гомосексуализм	0	2	0
Расстройства эякуляции	8	5	10
Расстройства эрекции	5	12	10
Личностные расстройства	21	12	26
Невротический синдром	2	6	0

Психотический синдром	0	0	1
Психоорганический синдром	1	2	1

Таким образом, у данной подгруппы описываемой популяции сексуальных преступников негативное восприятие личности отца привело к тому, что в процессе половой идентификации, с одной стороны, несомненно имелось мужское самосознание, но с другой — представления мужской половой роли формировались на основе модели женского поведения (матери) при одновременной антиидентификации с личностью отца как отрицательно воспринимаемого примера мужской половой роли. Большинство этих субъектов сами осознавали ущербность имеющейся у них интерпретации мужской половой роли/идентичности. Поэтому в данном случае установление гетеросексуальных связей и реализацию сексуальных потребностей насильственным путем у представителей этой подгруппы преступников можно рассматривать как попытку “подстраивания” своего поведения под представляемый ими образец выраженной мужской половой роли, ассоциирующейся с гипермаскулинным сексуальным поведением.

В тех же случаях, когда обследуемые позитивно оценивали личность отца и воспринимали его в качестве идентификационного примера, а личность матери оценивали негативно или индифферентно, — насильственный путь удовлетворения направленных на женщин сексуальных потребностей скорее был связан с восприятием ими мужской роли как роли агрессора и завоевателя. При этом отмечалось полное пренебрежение к личности сексуального объекта, являвшееся проекцией общего отношения ко всем женщинам, характерного для такого восприятия мужской половой роли [*Вопросы психосексуального развития, полоролевого поведения и половой идентификации — см. список литературы № 368, 369, 370, 371, 380, 390, 430].

У насильников, по сравнению с представителями других подгрупп сексуальных преступников, в среднем отмечается наличие большего количества сексуальных партнерш и в целом большего сексуального опыта. Причем в основном их сексуальными партнершами были жертвы совершенных изнасилований. Среди насильников встречается и большее количество субъектов с повышенным уровнем либидо и с повышенными потребностями в эскалации сексуальных возбудителей (орально- и анально-генитальные контакты, групповой секс и т.п.). Несмотря на наличие у немалого количества представителей этой группы преступников значительного гомосексуального опыта, он, как правило, ограничивался у них периодом нахождения в исправительных учреждениях и имел заместительный характер реализации высокой сексуальной потребности.

Отмечавшиеся некоторыми обследуемыми расстройства эрекции и эякуляторные расстройства чаще носили вторичный характер (хронический алкоголизм), либо были ситуационно обусловлены (ожидание захвата врасплох, острая алкогольная интоксикация и т.п.).

Психологический анализ насильников, произведенный с помощью проекционных методов исследования, выявляет у них более высокий по сравнению с другими группами сексуальных преступников уровень агрессии и враждебности по отношению к женщинам. Возникавшие в процессе исследования защитные реакции были обусловлены преимущественно боязнью установления в ходе экспертизы истинных позиций обследуемых в отношении женщин. Ими давалась традиционная оценка маскулинности с акцентированием значения физической силы, психосоциальной доминантности, агрессивности поведения, высокой уверенности в себе, большой ценности секса в жизни. Выявляемый страх перед женщинами был, с одной стороны, обусловлен нарушениями в мужской роли/идентичности, а с другой — восприятием женщин как реального объекта угрозы уголовного наказания.

В формировании личности насильников в подростково-юношеском периоде выявляется большое влияние среды сверстников. Обычно они являлись членами тех групп, в которых вульгаризировались дела секса и чувств, в модели мужчины господствовали позиции “супермена”, а женщинам отводилась роль неодушевленного предмета ширпотреба, предназначенного в основном для удовлетворения сексуальных потребностей мужчины и выполнения “не мужской” работы [*Иллюстрацией отношения

к женщине в подобных подростковых коллективах является употребляемая в них для обозначения женского образа жаргонная символика (“бикса”, “телка”, “дырка”, “подстилка”, “соска” и т.п.).].

Демонстрация своей сексуальной агрессивности в этих подростковых коллективах просто необходима для их членов, поскольку она определяет соответствие индивида определенному данной средой эталона мужчины.

Довольно распространенный в популяции насильников опыт отбывания наказания за совершение изнасилования усиливает их агрессивные позиции по отношению к женщинам, которые субъективно рассматриваются как источник личного “оскорбления” и унижения. Поэтому нет ничего удивительного в том, что в данной популяции рецидив изнасилования является достаточно частым явлением. Опыт осуждения стимулирует и потребность в тщательном сокрытии совершаемых преступлений, что достигается и при помощи устрашения жертвы [*Это является одной из причин того, что жертвы изнасилования (равно, как и других агрессивных сексуальных преступлений) часто не заявляют в правоохранительные органы о совершившемся преступлении].

Подавляющее большинство насильников не было знакомо со своими жертвами, либо знакомство носило случайный или поверхностный характер и было краткосрочным. Преступление обычно совершалось в вечернее или ночное время и, как правило, в состоянии алкогольного опьянения. Интересно, что примерно 30% жертв изнасилования так или иначе провоцировало преступников к эротическому поведению, либо жертвами являлись женщины, ведущие легкомысленный образ жизни.

При систематическом удовлетворении сексуальных потребностей насильственным путем (один из подэкспертных сообщил о более чем 40 совершенных им случаях изнасилования) у преступников отмечается формирование ананкастной обусловленности такой формы их реализации. Иными словами, сексуальное насилие становится для них принципиальным сексуальным возбудителем, насущной необходимостью и даже исключительной формой реализации сексуальных потребностей.

Из 24 обследованных нами насильников четверо принимали участие в совершении группового изнасилования.

Все случаи привлечения эксперта-сексолога к участию в судебном разбирательстве по делам об изнасиловании были обусловлены попыткой обвиняемых доказать суду свою неспособность к совершению такого преступления. Среди выдвигаемых ими мотивов фигурировали: неспособность к совокуплению якобы вследствие наличия импотенции (2 случая) или наличия физических пороков развития полового члена (1 случай), отсутствие полового влечения к женщинам и наличие гомосексуальной ориентации (1 случай). Произведенная по этим случаям экспертиза убедительно доказала несостоятельность всех выдвигаемых подсудимыми доводов.

Учитывая то, что выше достаточно подробно была обсуждена посвященная изнасилованию (в том числе и групповому) довольно многочисленная специальная литература, приведем в качестве примера судебно-сексологической экспертизы насильника только один случай.

Пример. По постановлению суда была произведена судебно-сексологическая экспертиза гр-на Л., 27 лет, холостого, имеющего начальное образование, занимающегося физическим трудом, ранее несудимого, обвиняемого в совершении 4-х изнасилований и 11-ти попытках изнасилования.

Данные анамнестического обследования. В детстве освидетельствуемый боялся и ненавидел отца. С матерью имел хороший эмоциональный контакт, она была для него идентификационной моделью. Близких отношений с тремя старшими сестрами не сложилось (“они считали меня сопляком”). Воспоминания о сексуальных событиях в период детства отсутствуют. Первую сексуальную информацию получил в школе от ровесников, которые продемонстрировали порнографические фотокарточки и объяснили содержание их изображения в плане “что и как надо делать с женщинами и чего им надо от мужчины”. По научению ровесника в 14 лет начал мастурбировать, сначала по несколько раз в неделю, а затем ежедневно. При этом представлял себе, как он овладевает многочисленными женщинами самого разного возраста. Эротические сновидения бывают примерно раз в месяц. В их содержании преобладает циничное, без

ласк и ухаживаний овладение красивыми женщинами (чаще снятся образы женщин, запомнившиеся при просмотре порнографии). Отмечает практически постоянное желание совокупления. Утренние и ночные эрекции ежедневные. Дневные эрекции ежедневные, многократные, провоцируются “видом сзади привлекательных женщин, при этом я сразу представляю, как буду ею овладевать”. Сексуальная инициация в 16 лет прошла успешно проведена в лесу ровесницей, имевшей сексуальный опыт и слывшей особой легкого поведения. Воспоминания о первой сексуальной партнерше вызывают негативные реакции (“эта шлюха давала каждому встречному и поперечному, а мне потом отказывала, так как хотела иметь дело только с пижонами, у которых были деньги и машины”). В 18 лет влюбился, “думал, что она порядочная девушка, а потом застукал ее с пижоном, который годился ей в отцы. Тогда я понял, что все бабы — курвы и хотят только одного, а любовь изображают для того, чтобы охмурить какого-нибудь пижона”. С этого времени стал совершать изнасилования девушек, которые хоть чем-то внешне напоминали былую симпатию. Сам факт того, что совершает половой акт с женщиной против ее воли, вид испытываемого ею страха — были сильными сексуальными возбудителями (“меня бесило, когда они слабо сопротивлялись и я не видел ужаса в их глазах или когда они начинали хныкать о том, что “целки”). На всем протяжении половой жизни никогда не испытывал каких-либо затруднений в совершении полового акта.

Соматическое обследование никаких отклонений от нормы не выявило.

При проведении *психологического исследования* установлено следующее:

Тест визуальной стимуляции — сексуальные реакции возникали в ответ на демонстрацию изображений гетеросексуальных половых контактов.

Психорисунок. В выполненном рисунке образа женщины преобладали черты агрессии, а в рисунках образа мужчины и собственного “Я” — черты силы и доминации.

Тест Роршаха — ответы сексуального характера отмечались в 45% случаев, изображение на демонстрируемых таблицах ассоциировалось в основном с изображением мужских и женских гениталий. Изображение на таблице IX расценил как “силой овладевают бабой”.

Проекционный тест Старовича. Выявлена генерализованная агрессия по отношению к женщинам и высокая самооценка в мужской роли [*Для обследуемого мать была единственным исключением из всех женщин, отождествлявшим воплощение тепла и нежности. Однако и к ней он относится с пренебрежением — “она слабая баба, дала отцу себя подмять, не имеет собственного мнения и живет как рабыня” (прим. автора).].

Вывод. В процессе производства судебно-сексологиче-ской экспертизы установлено, что у гр-на Л., 27 лет, имеется гетеросексуальная ориентация полового влечения и генерализованная агрессивность по отношению к женщинам. Также выяснено, что подэкспертный не имел в семье позитивных образцов для идентификации в мужской роли. Модель мужской роли перенял в основном от ровесников, которые отождествляли ее с грубой физической силой, сексуальным цинизмом и пренебрежением к женщине. Единственная в жизни Л. попытка внесения чувственного компонента в отношения с женщиной закончилась стрессом, обусловленным изменой возлюбленной, приведшим к генерализации агрессии по отношению к противоположному полу и формированию насильственных установок на удовлетворение сексуальных потребностей. В итоге изнасилование для Л. стало доминирующей формой реализации сексуальных потребностей по типу “наказания” женщин, “расплачивающихся” за однажды испытанное им чувство оскорбленного мужского достоинства. Одновременно при насильственном установлении гетеросексуальных связей у Л. реализовался возникший у него под влиянием среды стереотип мужчины “сильный мужчина — завоеватель женщин”.

Глава II

Похотливые действия относительно лиц моложе 15 лет (педофильные действия)

Обследованная популяция педофилов состояла преимущественно из лиц молодого возраста (65% — моложе 25 лет). По сравнению с другими группами сексуальньк преступников среди педофилов отмечается самый высокий процент происхождения из интеллигентной среды.

Представителями этой группы сексуальных преступников, как правило, являются мужчины с нарушениями в половой аутоидентификации, закомплексованные, неуверенные в себе, воспитанные под излишней материнской опекой с изоляцией от “плохих товарищей”, а зачастую просто лишенные в детском и подростковом возрасте контактов со сверстниками. Для них характерна аутоидентификация с личностью матери на фоне крайне отрицательной оценки личности отца и взаимоотношений с ним. Матери обследованных чаще были закомплексованы мужьями, негативно оценивали свой брак и находили в сыновьях успокоение своей неудовлетворенной в браке чувственности. Не без их влияния сыновья воспринимали отцов как злых, грубых мужланов, обижающих мать. Поэтому нет ничего удивительного в том, что отцы не являлись для педофилов позитивной моделью мужской половой роли, а сам процесс идентификации протекал у них по пути активной антиидентификации личности отца.

Наличие в данной группе довольно ранней мастурбаторной практики можно объяснить несколькими причинами. С одной стороны, данное явление может быть последствием раннего биологического полового созревания, но с другой — нельзя исключить и влияния определенных психогенных факторов. В частности, неразрешившегося комплекса Эдипа, сильную психоэмоциональную связь с матерью на фоне негативного отношения к отцу. Значение этих влияний усиливается тем, что они воздействовали на личность обследуемых с раннего детства, то есть на протяжении длительного периода жизни. Данный тезис находит подтверждение и в анализе содержания фантазий, сопровождавших мастурбацию у этой группы лиц. Во много раз чаще, чем в других обследованных группах, в мастурбаторных фантазиях педофилов возникал образ зрелой, а иногда и пожилой женщины, напоминающей облик матери. Вместе с тем велик и удельный вес фантазий специфического педофильного содержания, которые могут быть как первичными, так и вторичными. В последнем случае они преимущественно обусловливаются наличием педофильного опыта и имеют характер связанных с ним воспоминаний. Первичные же педофильные фантазии — это чаще всего следствие заблокированных контактов со сверстниками, нарушенного восприятия мужской половой роли, сформировавшегося, в результате чрезмерно сильной психоэмоциональной связи с матерью, комплекса Мадонны. В этом случае они на протяжении жизни, в процессе приобретения педофильного опыта, постепенно замещают фантазии, в которых фигурировала зрелая матереподобная женщина.

Тематика эротических сновидений обсуждаемой группы зачастую имеет оргистический характер, что объясняется не только высоким уровнем либидо, сексуальной неудовлетворенностью и длительным мастурбаторным тренингом, но может трактоваться и как выраженная потребность в эскалации сексуальных возбудителей, и как форма компенсации проблем с собственной маскулинностью. Подтверждением последнего тезиса может служить тот факт, что многие педофилы в эротических сновидениях видят себя сексуально гиперактивными мужчинами, имеющими большое количество сексуальных партнерш — зрелых женщин, с которыми они практикуют разнообразные изощренные формы сексуальных ласк и коитальных позиций.

Анализ излюбленных педофилами форм сексуальной стимуляции свидетельствует о том, что совершение ими анального коитуса чаще носило заместительный характер и реже было обусловлено гомосексуальным опытом и наклонностью к гомосексуальной педофилии. Совершаемые ими орально-генитальные контакты зачастую имели символическую окраску, являясь отображением неудовлетворенной потребности в демонстрации и аутодемонстрации собственной маскулинности и заместительной формой экспонирования мужской силы и доминации. Эти акты одинаково часто наблюдались как в процессе совершения гетеро-, так и гомопедофильных действий.

В подгруппе педофилов, сексуальные действия которых в основном носили характер эротических ласк, а не коитуса, чаще регистрировался высокий уровень неуверенности в себе и в выполняемой мужской половой роли, робости по отношению к женщинам и к их

наготе. То есть в большинстве случаев эти действия отображали наличие у них так называемого инфантильного сексуализма.

В 35% случаев совершения педофилами гетеросексуального вагинального коитуса они предпочитали занимать по отношению к партнерше заднюю позицию, причем чаще подобные предпочтения встречались у лиц, обладавших гомосексуальным опытом.

Отмечавшиеся в этой группе сексуальных преступников расстройства эрекций и эякуляции в основном имели вторичный, преимущественно психогенный, или ситуационно обусловленный характер. В то же время выявленные у них расстройства либидо имели самое разнообразное происхождение.

Эмоциональная связь с сексуальными партнерами у педофилов в подавляющем большинстве случаев носила кратковременный характер и чаще была установлена либо с первыми в жизни гетеросексуальными партнерами, половая связь с которыми, как правило, была неудачной, либо с гомосексуальными партнерами. Случаи многолетней духовной связи с ребенком или подростком, являющимся объектом сексуальных притязаний, касались исключительно лиц, состоящих со своими партнерами в опекунских отношениях либо выполнявших по отношению к ним роль старшего друга. Для последнего варианта характерно установление знакомства и с семьей сексуального партнера.

Анализ результатов обследования обсуждаемой группы с помощью проекционных психологических тестов выявляет у ее представителей различные позиции по отношению к женщинам. При этом не прослеживаются агрессивные позиции, а преобладают позиции, в которых зрелые женщины воспринимаются как объекты, вызывающие сексуальное торможение, либо как объекты сексуального табу. Достаточно часто выявляются защитные позиции по отношению к мужской половой роли. Аутоидентификационными полоролевыми расстройствами можно объяснить и стойкое бисексуальное поведение, значительно чаще встречающееся у педофилов, чем у других сексуальных преступников. Причем основную массу бисексуалистов составляют те субъекты, у которых педофильные тенденции появились в юношеском периоде психосексуального развития. Интересно отметить, что у этих лиц наблюдается определенная последовательность формирования сексуальной ориентации по возрасту и полу объекта сексуальных предпочтений: неудачные попытки нормальных гетеросексуальных контактов или неразрешившиеся гетеросексуальные потребности — осуществившийся гомосексуальный контакт — гомо- или гетеропедофильные контакты — бисексуальные педофильные контакты. Эта последовательность отображает процесс ухода от угрожающей в сексуальном плане ситуации и идентифицируемого с ней сексуального объекта с замещением его более приемлемым объектом и способом удовлетворения сексуальных потребностей. Источниками подобной угрозы могут являться затруднения в осуществлении полового акта, трудности с нахождением партнера, боязнь огласки как наличия указанных затруднений, так и типа осуществляемых сексуальных действий.

Таким образом, у лиц обсуждаемой группы педофильное сексуальное поведение в первую очередь возникало на фоне затрудненной половой идентификации либо по заместительному типу. Основой подобного замещения служит то, что такой сексуальный объект, как ребенок, является для данного субъекта источником меньших угроз в плане установления его сексуальной неполноценности, чем взрослый партнер [*Большая приемлемость такого сексуального объекта, как ребенок, заключается для педофила не только в том, что он является менее или вовсе не угрожающим в плане возможной сексуальной неудачи, но и в том, что для данного субъекта подобный объект является более доступным, как в смысле его поиска и установления с ним сексуального контакта, так и в плане обеспечения большей вероятности сохранения тайны самого контакта и его течения]. Механизм формирования подобного защитного сексуального поведения можно представить следующими схемами:

затруднения при совершении гетеросексуальных половых актов со зрелыми партнершами — гетеросексуальная педофилия

конфликты в браке на сексуальной почве — гетеросексуальная педофилия

затруднения в установлении контактов со взрослыми представителями

противоположного пола — гетеросексуальная педофилия

гомосексуализм — гомосексуальная педофилия.

Перед тем как привести примеры конкретных судебно-сексологических экспертиз, считаем необходимым кратко остановиться на обсуждении такого важного вопроса, как реакция жертв на совершенные с ними педофильные действия. Как показывает наш опыт, *большим стрессом для этих детей является процедура расследования и судебного разбирательства подобных случаев и реакция на них родителей жертв и другого их окружения, нежели сами сексуальные действия, вольными или невольными участниками которых они явились* [*Разрядка наша]. В первую очередь этот тезис относится к детям старшего возраста и подросткам, которые уже осознают смысл произведенных с ними действий, а порой и получают в процессе их совершения сексуальное удовлетворение. Этот контингент потерпевших в силу характерных возрастных особенностей личности, как правило, крайне болезненно воспринимает широкую огласку происшедшего, которая в итоге может привести к глубочайшей психотравматизации ребенка. В тех случаях, когда объектами педофильных действий являются маленькие дети, которые зачастую не понимают сексуальной окраски производимых с ними манипуляций и, как правило, не фиксируют внимание на произошедших событиях. Однако под влиянием бурного реагирования на эти события родителей, других взрослых и в результате постоянного возвращения к их обсуждению в процессе предварительного следствия и суда, систематически акцентирующих внимание ребенка на произошедшем, у них может произойти развитие по коммулятивному типу вторичного психоэмоционального шока, крайне опасного как для психического здоровья ребенка в целом, так и для его нормального психосексуального развития в частности.

В качестве иллюстрации обсуждаемой темы рассмотрим три случая судебно-сексуальной экспертизы по уголовным делам и один случай клинического наблюдения педофилии, не ставший предметом судебного рассмотрения.

Пример 1. По постановлению суда была произведена судебно-сексологическая экспертиза гр-на К., 62 лет, пенсионера, имеющего начальное образование, разведенного, отца двух детей, ранее многократно привлекавшегося к уголовной ответственности за совершение похотливых действий с детьми.

Обстоятельства дела. В ставшем предметом настоящего судебного разбирательства случае гр-н К. обвиняется в том, что совершил похотливые действия с двумя девочками (10 и 11 лет). Как в этих, так и во всех семнадцати подобных случаях в прошлом, подсудимый поступал одинаково. На улице он высматривал девочку подходящего возраста, прослеживал ее путь до дома и на лестничной площадке перед дверьми квартиры, в которой она жила, заговаривал с девочкой, представляясь при этом врачом, который должен произвести ее обследование. Вызывая доверие ребенка своим солидным видом, К. заходил вместе с девочкой в квартиру и предлагал ей раздеться для проведения осмотра. Затем он осматривал ее половые органы, осторожно их ощупывал, деликатно возбуждая при этом область клитора. Если девочка проявляла положительную реакцию на проводимые манипуляции, то К. старался перевести нежное дотрагивание до клитора в его мастурбацию. После произведенных манипуляций он под предлогом мытья рук заходил в ванную комнату, онанировал там, а затем спокойно покидал квартиру. Перед входом в квартиру К. всегда выяснял, есть ли у девочки дома кто-нибудь из членов ее семьи. Если он получал утвердительный ответ, то договаривался с ребенком о проведении “осмотра” в другое время.

Данные анамнестического обследования. Подэкспертный воспитывался в традиционной рабочей семье, был единственным ребенком. Отец часто подвергал его физическим наказаниям (“бил за что ни попадя”), поэтому вызывал у него сильный страх. С матерью были хорошие теплые отношения, до сих пор чувствует к ней большую привязанность. В школе учился средне, но при этом читал очень много художественной литературы (освидетельствуемый обладает богатой речью, большим словарным запасом). Никаких воспоминаний сексуального характера из периода детства нет. Половое созревание завершилось к 15 годам. С 16 лет начал мастурбировать, в среднем совершая 1—2 онанистических акта в две недели. Мастурбация сопровождалась представлениями о зрелой женщине, проявляющей сексуальную активность в отношении более пассивного

освидетельствуемого. С ровесниками был застенчив и робок, в связи с чем долго не имел близких товарищей. Сексуальная инициация в 20 лет, произведена будущей женой, которая была на три года старше подэкспертного и не только имела богатый сексуальный опыт, но была и весьма изощрена в половой жизни (высоко ценила орально-генитальные контакты, ежедневные половые сношения и сексуальные эксцессы). Обследуемый считает, что она заключила с ним брак в корыстных целях, так как хотела "перебраться жить из деревни в большой город". Вначале семейная жизнь протекала гладко, но "я всегда чувствовал, что она остается сексуально неудовлетворенной, так как она постоянно требовала от меня большей сексуальной активности, обладала большим темпераментом и, видимо, изменяла мне, но доказательств этому я не имел". Половая жизнь была частой — "несколько раз в неделю, а то и несколько дней кряду. При этом жена неоднократно понуждала меня к совершению повторных половых актов, но мне это не всегда удавалось". Оргазм жены возникал при обычном совокуплении и при лабиолингвальном раздражении клитора. После перенесенной тяжелой черепно-мозговой травмы, полученной во время автокатастрофы, К. отмечал у себя психические расстройства, лечился у психиатра и принимал назначаемые психотропные препараты. С этого времени стал отмечать снижение либидо, мог совершать не более одного полового акта в 3—4 недели, а регулярные ранее утренние и ночные эрекции стали появляться лишь изредка. Во время интимной близости возбуждался медленно — "жена должна была мне помогать, так как в противном случае эрекции не возникало". Предпринятые попытки половой жизни с другими женщинами потерпели фиаско — "эрекция развивалась с большим трудом, часто не наступало семяизвержения, что было поводом для насмешек со стороны любовниц". Примерно через 10 лет после перенесенной травмы либидо не только восстановилось до исходного уровня, но и резко усилилось — "я постоянно чувствовал половое возбуждение, все мысли в итоге сводились к сексу". Несмотря на это, уровень эрекции остался низким, что привело в конце концов к тому, что жена отказала К. в половой близости ("она нашла любовника моложе себя на 12 лет, который удовлетворял ее в половом отношении"). Постепенно в сексуальных фантазиях К. стали возникать девочки в возрасте примерно 9—12 лет, стал обращать внимание на них на улице ("было в них что-то такое чистое, прекрасное, сексуально убаюкивающее"). Попытался завязывать с ними знакомство, "убедился, что они меня не боятся, и тогда родилась мысль сыграть роль врача, который будет их обследовать". Эта форма сексуальных контактов "возбуждала меня, во время мануальных действий постепенно нарастала эрекция и в ванной комнате мастурбацией я доводил себя до семяизвержения. Однако для этого необходимо было очень активно мастурбировать". В связи с плохим общим самочувствием, ухудшением умственной деятельности и повышенной утомляемости К. оставил работу и перешел на пенсию. Систематически наблюдался психиатром.

Из представленной медицинской документации следует, что у К. отмечался посттравматический психоорганический синдром.

Соматическое обследование. Правильного телосложения. Оволосение лобка по мужскому типу. Наружные половые органы сформированы и развиты правильно. Яички в мошонке, обычных размеров, безболезненные.

Психологическое обследование:

Тест визуальной стимуляции. Реагирует только на демонстрацию изображений педофильного содержания.

Психорисунок. Рисунок образа женщины выполнил в виде женского тела с инфантильными чертами, больше напоминающего тело девочки с выраженными половыми признаками. Рисунок образа мужчины выполнен без изображения характерных черт половой принадлежности, что типично для проявления защитных реакций. Ссылаясь на усталость, отказался от выполнения рисунка на тему "Я".

Проекционный тест Старовича. По отношению к женщинам исследуемый проявляет черты инфантилизации, высоко оценивает женскую половую роль. По отношению к мужчинам выявляет преимущественно негативные реакции, приписывает им агрессивность. Собственное "Я" представляет как нежное, покровительственное, черты сексуальной роли не выражены.

Выводы. На основании анализа материалов дела и произведенных исследований прихожу к выводам:

1) Подэкспертный страдает педофилией, которая развилась у него в процессе развития посттравматического психоорганического синдрома.

2) В семейной среде К. идентифицировал себя с личностью матери, не имел положительного примера для правильной аутоидентификации в мужской роли. В контактах с ровесниками был несмелым. В сопутствующих мастурбации фантазиях занимал пассивную сексуальную роль. Жена была первой сексуальной партнершей подэкспертного. В отношении жены К. имел комплекс более низкого уровня сексуальности и неудовлетворения сексуальных потребностей супруги. Его сексуальные потребности супружеская половая жизнь удовлетворяла и соответствовала уровню ожиданий. После перенесенной черепно-мозговой травмы у К. возникли расстройства в сексуальной жизни (расстройства эрекции и семяизвержения, снижение уровня либидо), усугубившие комплексы сексуальной неполноценности в отношении жены. Неудача в предпринятых попытках половой близости с другими женщинами способствовала закреплению этих комплексов. Создание женой длительной и прочной внебрачной связи и ее отказ мужу в половой близости привели к дальнейшему углублению у К. мнения о своей сексуальной неполноценности. Появившийся у него в это время на психоорганическом фоне рост уровня либидо в сочетании с длительной сексуальной фрустрацией способствовали возникновению педофильной ориентации полового чувства по механизму замещения. Этому же способствовала и имевшаяся у К. неудовлетворенность в своей мужской роли/идентичности. Как следует из результатов произведенных исследований, эта ориентация стала для К. доминирующей и исключительной формой реализации сексуальных потребностей.

Произведенной судебно-психиатрической экспертизой у К. был подтвержден диагноз “посттравматический психоорганический синдром”, и ему была определена значительно ограниченная вменяемость.

Пример 2. По постановлению прокуратуры была произведена судебно-сексологическая экспертиза гр-на И., 29 лет, работающего экономистом, женатого, отца нескольких детей.

Обстоятельства дела. Гр-н И. обвиняется в том, что он принуждал братьев В. — 10-летнего М. и 13-летнего К. к вкушению похотливых действий: снимал с них брюки и трусы, вводил им в рот свой половой член, трогал их за половые органы, обнажался перед ними сам и требовал, чтобы они трогали его половой член.

Как следует из протокола допроса подозреваемого: *“...* в декабре, в дом, в котором я проживал с женой и дочерьми, въехало семейство В. с двумя сыновьями. Между супругами В. часто происходили ссоры и скандалы. Через некоторое время между мной и гр-кой В. сложились хорошие отношения, так как я оказывал ей помощь в воспитании детей, поскольку ее муж практически дома не бывал. Я часто был у них дома, следил за тем, чтобы мальчики делали уроки, заботился об их одежде, купал их в ванной. Не знаю, как со мной произошло, что я стал онанировать М. Мне это какого-либо удовольствия не доставило. Также не могу объяснить, зачем я взял в рот его половой член. Когда в тот день я вышел из их квартиры, то понял, что со мной происходит что-то ненормальное, и вечером позвонил по телефону доверия ...”

Из заключения судебно-психологической экспертизы потерпевших: “У обоих обследованных мальчиков имеется крайне негативное восприятие личности И. Это усугубляется тем, что, со слов мальчиков, И. часто их наказывал, кричал, позволял себе их бить. Ответы подэкспертного несовершеннолетнего М. отображают. его переживания, при этом установлено отсутствие у него тенденции к лживым ответам, а также к построению ответов на основе фантазий”.

Из заключения судебно-психиатрической экспертизы:

“У И. не имеется умственной отсталости и психических заболеваний. Этиология нарушений полового влечения не установлена. Рекомендуется его обследование в условиях психиатрического стационара, а также обследование экспертом-сексологом”.

Анамнестическое обследование. Родители подэкспертного живы. Отцу 71 год, пенсионер, в прошлом архитектор, “упрямый, нетерпимый, я его боялся”. Матери 64

года, пенсионерка, в прошлом служащая, “мне трудно объективно оценить ее, так как она более двадцати лет страдает диабетом и поэтому вспыльчива. Она всегда активно занималась общественной работой и ее имя до сих пор открывает передо мной многие двери и сердца. И дома она доминировала. Брак родителей считаю скорее неудачным. Отец не обладал чувством собственного достоинства, не сумел пробиться по службе, имел на стороне какую-то женщину. Но сейчас их супружество можно назвать образцовым. Когда между родителями не было скандалов, то в семье царила теплая, товарищеская обстановка”. Освидетельствуемый тепло отзывается о матери, старается представить ее с лучшей стороны, испытывает к ней большое уважение и сыновью привязанность. Психически считает себя подобным матери. Со старшей на 12 лет сестрой поддерживает хорошие отношения — “я признателен ей за то, что в детстве она много со мной возилась”. Со старшим на 9 лет братом отношений почти не поддерживает. Считает, что брат был любимцем матери, а сестра — любимицей отца. “Я был третьим ребенком, появившимся у родителей в период апогея их творческой деятельности” и сразу добавляет — “но был ими любим”. Каких-либо воспоминаний сексуального характера из периода детства нет. Признаки полового созревания появились в 13—14 лет. “Помню, что первое семяизвержение потрясло меня”. С 13 лет начал мастурбировать, спорадическая мастурбация продолжалась до недавнего времени. В 14—15 лет жил и учился в Ливии. На это время выпал период усиленной мастурбации. Живя в Африке, был свидетелем гомосексуальных контактов между ровесниками, сначала это вызывало отвращение, “но при этом ощущал и определенное половое возбуждение”. Постепенно в процессе наблюдения за различного рода гомосексуальным поведением стал ощущать повышение к нему интереса, при мастурбации все чаще появлялись фантазии гомосексуального содержания, которые сохранились и после возвращения в Польшу. Однако свое участие в гомосексуальных контактах категорически отрицает. В 16 лет сексуальная инициация, которая была проведена соседкой по дому, старшей на 1,5 года и, “пожалуй, не имевшей сексуального опыта”. Контакт был по ее инициативе, оценивает его позитивно. Сексуальная связь с этой партнершей продолжалась на протяжении полугода, половые акты были “взаимно удачными, хотя и отмечались случаи неполной эрекции и слишком быстрого наступления семяизвержения, но при этом сразу совершаемый следующий половой акт проходил успешно”. На протяжении половой жизни имел около двадцати сексуальных партнерш, “общей чертой которых была нежность”. Наибольшее удовлетворение приносили взаимные орально-генитальные ласки и оральная стимуляция половых органов партнерши, совершаемая “стоя на коленях перед ней и припав лицом к ее бедрам”. Из коитальных позиций всегда отдавал предпочтение классической. Женился в 22 года. Сексуальную связь с женой оценивает “средне”. Для жены был первым сексуальным партнером. В процессе сношения жена предпочитала занимать позицию “наездницы” — “это было потому, что она так хотела”. Считает, что жена достигала оргазма. “Жена силилась доминировать в семейной жизни, а я ей в этом постоянно оказывал сопротивление. Жили вместе с ее матерью, которая во все вмешивалась”. Гомопедофильные контакты с потерпевшими начал совершать примерно полтора года назад. Совершение их в прошлом категорически отрицает. Описывает эти контакты так же, как и в упомянутых материалах дела. На вопрос о том, была ли у него при совершении этих действий эрекция и наступало ли семяизвержение, отвечает “не помню”. Чувствовал ли при совершении педофильных действий половое возбуждение и приносили ли они ему сексуальное удовлетворение, отвечает — “ощущал духовный подъем, частично и сексуальное удовлетворение. После их совершения психически чувствовал себя плохо, ощущал, что утратил контроль за своими действиями”. Потом сообщает, что после ласк со старшим из братьев появилась потребность форсировать их, “у нас развивалась эрекция и я чувствовал, что дело может дойти до гомосексуального контакта”. Свой сексуальный темперамент расценивает как “средний, но потребность в сексуальных контактах бывает ежедневно”. Отмечает частые утренние и ночные эрекции. Поллюций не отмечает. Указывает на частые эротические сновидения, в которых видит отрывки из виденных за рубежом порнографических видеофильмов. Вспоминает, что во время учебы в лицее имел приятеля, “к которому любил прижаться, но гомосексуальных

контактов с ним не было. У нас у каждого была своя сексуальная партнерша”. Несколько „раз образ этого приятеля возникал в эротических сновидениях, которые не заканчивались поллюциями. Также вспоминает, что во время учебы в начальной школе занимался борьбой, “в этот период я освоился с телом мужчины, запахом мужского пота”. Близкий ему в этот период товарищ в последующем стал гомосексуалистом. Отрицает наличие у себя гомосексуальных наклонностей, “хотя и неравнодушен к мужской красоте”.

В процессе экспертизы с освидетельствуемым был хороший контакт. На вопросы отвечал спокойно, во время опроса сидел в удобной позе. Речь выразительная. Память и внимание не нарушены. Психотических реакций не выявляется. Течение мышления правильное. Реакция на вопросы адекватная. Поведение адекватное. Проявил заинтересованность к исследованиям и выводам эксперта. Стремился выяснить свой диагноз и механизм возникновения гомопедофильного поведения. Признает необходимость лечения. Искренне расстроен тем, что в результате совершенных действий потерял к себе хорошее отношение мальчиков, “которых я люблю”.

Соматическое обследование. Правильного телосложения. Оволосение лобка по мужскому типу. Наружные половые органы сформированы и развиты правильно, имеют нормальные размеры. Крайняя плоть с головки сдвигается. Яички безболезненны.

Психологическое обследование:

Тест ассоциации образов. Исследуемый так описывает образ женщины: “тепло, нежность, сердечность, понимание, очарование, гармония, полные формы телосложения”. Описание образа мужчины: “уверенность в себе, решительность, солидность, верность данному слову, трезвость мышления, спортивный внешний вид, сухопарое телосложение, выраженное половое оволосение”. Ответ на вопрос о женской привлекательности жены: “она многое потеряла в связи с родами детей”. Ответ на вопрос о собственной принадлежности к мужскому полу: “пожалуй, да”.

Психорисунок. Образ мужчины располагается в центре листа. Рисунок выражает уверенность в себе, мужественность, большую силу воли. Рисунок образа женщины также расположен центрально, выражает тепло, подчеркнуты черты эротической привлекательности. Рисунок на тему “образ семьи, из которой я произошел” — центральной фигурой рисунка является отец, черты которого отображают силу и угрозу, рядом с отцом в центре располагаются рисунки, изображающие сестру и брата, а рисунок матери дан в стороне, как бы на фоне центральных фигур. Себя на этом рисунке исследуемый не изобразил. Рисунок на тему “семья моего брака” — на первом плане помещено доминирующее в рисунке изображение жены, а рядом с ней в зависимой позе исследуемый поместил свое изображение. Дети на этом рисунке помечены нечетко, помещены в стороне от центральных фигур без взаимосвязи с ними. Рисунок на тему “Я” — фигура расположена в центре листа, слабо контурирована, выражает неуверенность в себе, замкнутость, отчужденность.

Тест Роршаха. Выраженные черты “сексуального шока” на многие таблицы, в изображениях на которых исследуемый усматривал аналогию с изображениями женских и мужских половых органов, прямой кишки.

Вывод. На основании анализа данных материалов дела и в результате произведенных исследований прихожу к Следующим выводам:

1)У гр-на И., 29 лет, имеется бисексуальная ориентация полового влечения с чертами педофилии.

2) Какие-либо основания для определения ему невменяемости или значительно ограниченной вменяемости отсутствуют. Освидетельствуемый в полной мере способен понимать значение своих действий и руководить ими.

3) Анализ всех использованных при экспертизе данных показывает, что гр. И. проявляет неполную аутоидентификацию с мужской половой ролью. Помимо этого на формирование у него бисексуальной ориентации полового влечения повлияли следующие факторы: неудовлетворенность чувственных потребностей в семейной среде, нахождение в семье на роли “лишнего ребенка”, наличие закодированных гетеро- и гомосексуальных тенденций в период полового созревания. Во время пребывания за границей гомосексуальные тенденции подверглись усилению. Страх перед реализацией

сексуальных потребностей гомосексуальным путем на фоне уменьшения сексуальной привлекательности жены и половой связи с ней привел к тому, что И. направил свои сексуальные потребности в сторону их удовлетворения в форме педофильного гомосексуального поведения, которое носило вторичную, заместительную природу. Возникшее при этом беспокойство за себя заставило И. обратиться за помощью в службу доверия.

4) В сложившейся у И. ситуации можно позитивно оценивать шансы на успех его лечения в сексологической клинике.

Пример 3. По постановлению суда была произведена судебно-сексологическая экспертиза гр-на С.,'30 лет, имеющего профессионально-техническое образование, происходящего из рабочей среды, женатого, отца двух детей.

Обстоятельства дела. Гр-н С. обвиняется в том, что затащил в подвал 13-летнюю М. с намерением совершения с ней похотливых действий и последующим лишением жизни, но задуманное довести до конца не сумел.

Анамнестическое обследование. Подэкспертный сообщает, что физически и психически подобен своей матери, с которой в семье имел более глубокий эмоциональный контакт, чем с другими членами семьи. Доминировал в семье отец. Обследуемый является средним из трех братьев. Сексуальных воспоминаний из раннего детства нет. Первые сексуальные ощущения связаны с возрастом 9—10 лет, когда было взаимное обнажение с девочками-ровесницами. Признаки биологического созревания появились лет в 13. Мастурбирует с 14 лет до настоящего времени. Во времени частота мастурбации постепенно нарастала от эпизодических актов до ежедневных в настоящее время. Долго не может ответить на вопрос о тематике сексуальных фантазий, сопровождающих мастурбацию, а затем сообщает — “глажу девушек по ягодицам и половым органам”. Эротические сновидения с 14 лет, в настоящее время — по нескольку раз в неделю, носят то же содержание, что и мастурбаторные фантазии. Воображаемые при мастурбации и снящиеся девушки имеют 16-летний возраст. Сексуальная инициация в 15 лет в виде петтинга с девушкой 14 лет. Во время инициации были мануальные ласки тела, ягодиц и половых органов партнерши (“тогда мне этого вполне хватало, к совокуплению чувствовал отвращение, хотя подружка этого хотела”). Был связан с группой хиппи, неоднократно наблюдал в их среде групповой секс, участия в котором не принимал, так как подобный тип половой жизни вызывал у него отвращение, а с другой стороны, он стыдился “делать это на людях” и боялся компрометации по поводу величины своего полового члена, так как считал его “слишком маленьким”. Первый полный половой акт совершил в 22 года. Акт протекал в парке по взаимному согласию с 17-летней партнёршей, которая имела сексуальный опыт и осталась неудовлетворенной данным контактом, так как у С. была неполная эрекция и слишком быстро наступило семяизвержение. Других контактов с этой партнершей не было. Уже будучи женатым, при попытке установления внебрачной связи с двумя женщинами в обоих случаях также отмечалась неполная эрекция и быстрое наступление семяизвержения. В 26 лет познакомился с будущей женой, которая была моложе его на 7 лет. Через два месяца после знакомства совершил с ней первый половой акт. До этого думал, что она девственница, но в связи с отсутствием при первом половом сношении явных признаков дефлорации изменил свое мнение на этот счет, хотя на всем протяжении дальнейших отношений жена постоянно поддерживала версию о том, что обследуемый был ее первым мужчиной. Инициатива в первом сношении с будущей женой принадлежала С., сношение прошло успешно. В общей сложности половые отношения с женой поддерживались на протяжении 4 лет. В начальном периоде совместной половой жизни они складывались неудачно, так как в связи с приемом психотропных средств обследуемый имел расстройство эрекции. Примерно через 2—3 месяца совместной жизни произошло улучшение сексуальных функций и в большинстве случаев половое сношение проводилось успешно. Излюбленной сексуальной лаской было поглаживание ягодиц партнерши, излюбленной коитальной позицией — задняя. Не может сказать, достигала ли жена оргазма (“пожалуй, она была холодна”). Жена быстро располнела, была неряшлива и обследуемый потерял к ней сексуальный интерес. Этому способствовали и подозрения в супружеской неверности жены, ничем, однако, не

подтвержденные. В этот период дружили семьями с супругами В., и однажды жена сказала, что В. импонирует ей как мужчина. Этого оказалось достаточно для возникновения подозрений в супружеской неверности.

Развелся с женой, мотивируя это тем, что “у нас были разные характеры и разные взгляды на жизнь, а со временем у жены стал ухудшаться характер”. В супружеской жизни лишь изредка практиковал орально-генитальные контакты, играя при этом активную роль (“меня это не привлекало”). В то же время всегда стремился к совершению анального коитуса, но так как жена против этого возражала, то смог осуществить его лишь дважды. Во время совершения с женой вагинального коитуса всегда ощущал, что ее влагалище слишком просторно для его полового члена. Несмотря на то, что жена никогда не говорила ему об этом напрямую, С. чувствовал, что она предпочла бы иметь супругом мужчину с более крупным половым членом. Однажды специально сказал жене, что якобы лечится с целью увеличения размеров полового члена. Ее полушутливый ответ о том, что едва ли это что-то может изменить в их жизни, воспринял как оскорбление. Гомосексуальные, зоофильные и иные девиантные контакты и тенденции отрицает. Спрошенный о педофильных наклонностях долго молчал, а затем сказал, что “только любил гладить их ягодицы”, педофильный коитус категорически отрицает (“я никогда при этом не раздевался и из всех случаев только трижды касался руками их половых органов”). При этих контактах развивалась эрекция. Непроизвольные семяизвержения возникали лишь в некоторых случаях, а в большинстве случаев добивался семяизвержения при последующей мастурбации с одновременным мысленным проигрыванием только что произошедшего контакта. Потребность в удовлетворении сексуального возбуждения ежедневная. Утренние, ночные и дневные эрекции ежедневные, полные. Поллюций не отмечает. Никогда не было интереса к порнографии (“я предпочитаю действия, а не 'созерцание”). Алкоголизация усиливает половое влечение. Считает, что причиной неудавшегося брака является то, что страдает наркоманией (полинаркоман), а под влиянием наркотиков у него пропадает интерес к совокуплению и большее удовлетворение приносит мастурбация. Предпочитаемый тип женщины описывает следующим образом: «больше нравятся блондинки, но так как жена была блондинкой, то сейчас предпочитаю брюнеток, лучше девушек миниатюрного, хрупкого телосложения и застенчивого поведения, так как не могу удовлетворить зрелую крупную и фривольную женщину». На просьбу самому изложить суть настоящего дела отвечает, что “ничего не помню, что такое могло произойти от того, что я не лечился у психиатра”.

Соматическое обследование. Правильного телосложения. Оволосение лобка по мужскому типу. Длина полового члена в спокойном состоянии 7 см, крайняя плоть смещаема. Яички в мошонке, безболезненные. Кавернозные и брюшные рефлексы живые.

Психологическое обследование:

Тест визуальной стимуляции. Отмечается повышенная реактивность при демонстрации изображений педофильного содержания. Развивается полная эрекция, длина полового члена при которой достигает 10,5 см. В процессе проведения исследования отмечал, что стесняется строения своего тела и проявлял интерес к возможностям увеличения размеров полового члена медицинским путем.

Психорисунок. В рисунке образа мужчины отмечаются позиции неуверенности и защиты. Выполненные рисунки взрослой женщины и девочки внешне не отличаются друг от друга, половые черты на них обозначены слабо. Рисунок образа собственного “Я” является компенсационным отображением образа сильного мужчины с подчеркнутым изображением соответствующих черт.

Тест Роршаха. Разные элементы изображения таблицы IX вызвали десять различных сексуальных ассоциаций. Доминировали ответы сексуального содержания и при просмотре других таблиц, а изображение таблиц VI и VII привело к возникновению ассоциаций анального характера. Реакция быстрая, изображение на карточках чаще вызывает ассоциации не с конкретными сексуальными объектами, а просто с восприятием смысла данного изображения как сексуального.

Проекционный тест Старовича. В образе собственного “Я” выявляет

вспыльчивость, импульсивность, желание казаться более маскулинным. В образе женщины доминирует обобщенная генерализованная агрессия по отношению к представителям противоположного пола. Образ девочки амбивалентен.

Поведение подэкспертного во время обследования. Контактен, контакт хороший, полностью ориентирован, психотической симптоматики не выявляется. Имеет богатый словарный запас. Проявляет большую заинтересованность в вопросах секса, особенно о возможностях терапии сексуальных расстройств и увеличении размеров полового члена. Ответам на ряд вопросов, связанных с педофильным поведением и предметом настоящего дела, предшествует длительное раздумье, проявление самоконтроля.

Выводы. На основании материалов дела и произведенных сексологических исследований прихожу к выводам:

1) Обследуемый С., 30 лет, имеет гетеросексуальную ориентацию полового влечения с чертами педофилии. Он страдает расстройствами эрекции, которые носят психогенный характер.

2) Размеры полового члена подэкспертного соответствуют нижней границе средней нормы.

3) В психосексуальной структуре личности С. отмечается комплекс неполного соответствия мужской половой роли, комплекс “маленького полового члена”, направленная на женщин сексуальная агрессия и страх перед импотенцией.

4) Анализ всех полученных данных показывает, что обследуемый закомплексован неудовлетворенностью аутоидентификации в мужской половой роли и неправильными представлениями о строении и нормальных размерах мужских половых органов. Неудача при совершении первого в жизни полового акта и при совершении половых актов в начальном периоде супружеской жизни и при попытке установления внебрачных сексуальных связей усугубляли чувство мужской неполноценности и послужили причиной возникновения психогенных расстройств эрекции (психогенной импотенции). Этому способствовала и отмечавшаяся диспропорция в размерах половых органов с женой. Наличие описанных расстройств могло привести к появлению педофильного поведения, так как данный тип удовлетворения сексуальных потребностей, с одной стороны, замещал их неудовлетворенность при половой жизни со зрелыми женщинами, а с другой — был менее угрожающим в плане установления сексуальной неполноценности С. Проблемы в сексуальной сфере привели и к развитию у него генерализованной агрессии в отношении женщин.

Пример 4. Здесь мы приводим анализ случая не судебного, а клинического сексологического обследования педофила. Данный случай интересен тем, что этот мужчина добровольно обратился к сексологу в поисках медицинской помощи, имея на своем счету несколько десятков педофильных контактов. При этом он ни разу не был в них уличен или заподозрен, но постоянный страх перед возможной оглаской, компрометацией и осуждением заставил его принять решение о необходимости избавления от педофильных наклонностей. Интересен данный случай еще и тем, что не только позволяет во всех деталях проследить механизм развития и различные формы реализации педофильного поведения, но и дает возможность понаблюдать за поведением лиц, вовлекаемых в такие контакты.

Пациент Ж., 35 лет, происходит из семьи интеллигентов, имеет высшее образование, работает научным сотрудником, женат, отец троих детей.

Сексуальная биография. Беременность и роды у матери протекали без патологии. Рос и развивался нормально, был единственным ребенком в материально хорошо обеспеченной семье. Контакты со сверстниками в детстве были широкими. Из этого периода жизни запомнились несколько игр, имевших сексуальную окраску. Примерно в 5-летнем возрасте в игре с ровесницей выполнял роль коровы. При этом обнаженным стоял на четвереньках, а девочка “доила” его за половой член в ведерко, в которое он по условиям игры должен был помочиться. Помнит, что эта игра сильно забавляла его подругу. По инициативе той же девочки участвовал в другой игре — вдвоем они заходили в сарай и девочка, обнажив ягодицы, ложилась на живот “и застывала в ощущении чего-то необычного, совершения чего-то прекрасного и вместе с тем запретного”. Однажды это увидела соседка, мы убежали и несколько дней жили в страхе

наказания, но ничего не произошло". Часто участвовал в игре "в доктора", заключавшейся в том, что группа ровесников убегала в заросший палисадник, там все раздевались и рассматривали друг у друга половые органы. Больше всего нравилась эта игра тогда, когда сопровождалась производством "уколов" в обнаженные ягодицы девочки. При этом возникало ощущение "чего-то запретного и поэтому необычайно приятного". В возрасте 7 лет с одноклассником рассматривали друг у друга половые органы и при этом каждый сам себе ощупывал половой член до развития максимальной эрекции. Семяизвержения, оргазма и взаимной мастурбации не было, но "мне очень хотелось потрогать набухшую фиолетовую головку его полового члена, однако я постеснялся это сделать". С этого времени начал мастурбировать. В 13 лет к мастурбации присоединились сексуальные фантазии, в которых представлял себе женские половые органы, сексуальные ласки и половые акты с ровесницами и взрослыми женщинами. Постепенно в эти фантазии стали вплетаться сюжеты из порнографических изданий, а с момента появления педофильного опыта — мысленное воспроизведение событий прошлых педофильных контактов. Со временем для достижения оргазма стало достаточно одних фантазий без стимуляции полового члена рукой. В 14 лет на каникулах пошел в поход с компанией ровесников. Один из них в палатке вечерами открыто онанировал. "Под воздействием этого зрелища все возбудились, разбились на пары и занимались взаимной мастурбацией". После возвращения из похода "присмотрел себе 8-летнего мальчика, стал с ним играть и в процессе игры как бы нечаянно прикасался рукой к его половым органам". После того как этот мальчик отказался продемонстрировать свои гениталии, предпринял подобные действия в отношении своего 5-летнего двоюродного брата — "трогал его половой член, но у него не появлялось эрекции и это меня расхолаживало". Подобные контакты продолжались на протяжении нескольких лет с различными мальчиками и подростками, а потом интерес к ним постепенно угас и вновь появился "только в последние годы, когда опять стал обращать внимание на мальчиков. Но это происходило только когда долго не имел сексуальных контактов с девочками. При этом постепенно свежесть и нежность детского тела слились для меня в единый сексуальный возбудитель и не зависели существенно от половой принадлежности ребенка. Однажды остался вдвоем с 2-летним сыном приятелей, пробовал его ласкать, целовать, пытался руками и ртом возбуждать его половой член. Совсем недавно ласкал 5-летнего мальчика, также руками и ртом возбуждал его половой член, но его маленькая и мягкая пиписька не возбуждали меня и тогда я уговорил мальчика онанировать мне половой член, что сильно возбудило и привело к яркому оргазму. В возрасте 20 лет впервые осознанно совершил сексуальные действиям отношении девочки. Это была маленькая дочь моих приятелей, которая очень любила играть со мной. Однажды, чтобы проверить, не обмочилась ли она, без всякой задней мысли, я потрогал ее трусики в области половых органов. Она обиделась и сказала, чтобы я больше никогда не трогал ее. Это почему-то возбудило меня и в дальнейшем, когда по просьбе приятелей я часто оставался с ней за няньку, то, пользуясь тем, что она очень крепко спала, гладил ее тело, а при возможности трогал и клитор. Затем я стал это проделывать, одновременно мастурбируя свой половой член. Так продолжалось несколько месяцев. Девочка постепенно совсем ко мне привыкла, и мои ласки перестали вызывать ее протест, а поэтому становились все более смелыми. Однажды мы гуляли с ней по лесу, и я решил ее сфотографировать. Она охотно позировала мне в обнаженном виде, занимала различные предлагаемые мною позы и позволила сфотографировать себя лежа на спине с разведенными ногами так, чтобы в кадр попали половые органы. При этом я сказал, что к ее пипись прилипли вкусные крошки от только что съеденного нами торта и, под предлогом слизывания их, стал манипулировать языком в области клитора. Она не сопротивлялась и этому. Потом она оделась и я сделал еще несколько снимков. Тут она сказала, что хочет пописать, и это вновь возбудило меня и я попросил ее сделать это "по-мальчишески" стоя". В дальнейшем аутоанамнезе пациент подробно описал свои сексуальные действия более чем с сорока девочками. В этих контактах его возбуждало, когда девочки "по-мальчишески" производили мочеиспускание, прикасание рукой к еще влажным после этого половым органам, ласкание и целование всего их тела и половых органов,

[…] “Собственное тело никогда не являлось для меня ни табу, ни оберегаемой святыней. Оно всегда было мне чем-то сексуально и эстетически симпатичным. Я любил все его части и все им производимое, и никогда не чувствовал к ним отвращения. Еще в юном возрасте, изображая исследователя, я изучил свойства всех моих выделений со спермой включительно. После мастурбации часто проглатывал свою сперму. Будучи гибким, мог во время мастурбации занять такую позу, что при семяизвержении сперма изливалась мне в рот. Неоднократно мастурбировал, рассматривая себя в зеркало, и это доставляло мне удовольствие. С целью получения сексуального удовольствия пробовал анальную мастурбацию и спринцевание, но это не приносило желаемых сильных ощущений. Пробовал и сексуальные действия с животными. Экспериментируя на собаках, убедился, что кобели очень любят, чтобы их онанировали, быстро приучаются к этому и своим поведением напоминают о желании повторения манипуляций. Особенно меня возбуждало мастурбирование крупных самцов — эрекция у них сильная, половой член при ней достигает больших размеров и выделяется большое количество спермы. Насколько самцы любят совершение с ними этих действий, настолько самки стараются ускользнуть от этого и убежать. С собаками я пробовал совершать анальный коитус, но это было менее возбуждающее, чем их онанирование; и поэтому такие действия я быстро прекратил”.

Первый нормальный гетероссксуальный половой акт обследуемый совершил в 23 года с будущей женой. В начальном периоде половая жизнь была успешной, никогда не испытывал затруднений в ее осуществлении. Будучи женатым, имел три внебрачных связи со зрелыми женщинами, которые также в сексуальном плане были успешными. Одна из связей продолжалась шесть лет, с этой любовницей еженедельно совершал по одному половому акту. Супруга пациента внешне была эффектной, привлекательной

женщиной. Из беседы с ней следует, что она считает свой партнерский союз с Ж. удачным во всех отношениях, в том числе и в сексуальном плане. К мужу привязана, считает его очень хорошим другом жизни и прекрасным сексуальным партнером. Половые акты совершают 2—3 раза в неделю, используя при этом разнообразные коитальные позиции, одновременно достигают оргазма. Предшествующие сношениям взаимные ласки имеют широкий диапазон, часто используют орально-генитальные ласки. О сексуальном прошлом и девиантном сексуальном поведении мужа ничего не знает. Изучение семейного анамнеза Ж. показывает, что его мать, внешне привлекательная женщина, доминировала в семье, категорична в своих суждениях и ригористична во мнениях. Отец — очень интеллигентный, мягкий, полностью подпавший под власть супруги. Обследуемый чувствует себя подобным отцу, брак родителей удачным не считает. Как специалист пользуется большим авторитетом И уважением, что способствовало продвижению по службе и занятию престижной должности. На всем протяжении жизни легко сходился с людьми и поэтому имеет широкий круг знакомств, их дом всегда полон гостей.

Соматическое обследование. Каких-либо нарушений не выявлено. Половые органы развиты и сформированы правильно, имеют нормальные размеры.

Психологическое обследование:

Тест визуальной стимуляции. У исследуемого выявляется высокий уровень либидо. Наиболее сильные реакции сопровождали демонстрацию изображений с педофильным, гетеросексуальным и зоофильным содержанием.

Тест Роршаха. Проявляет высокий интеллектуальный уровень и высокий уровень сексуальности. Ассоциации с педофильным содержанием изображения возникли при просмотре 10% таблиц.

Психорисунок. Рисунок образа мужчины выполнен с четким обозначением сексуальных черт, выявляет защитные позиции, представления о мужской половой роли — роль супермена. Рисунок образа женщины характеризуется наличием детских черт, выявляет подчиненное положение. В рисунке образа "Я" исследуемый подчеркнул высокую роль интеллекта и выявил противоречивую самооценку.

Проекционный тест Старовича, тест дополнения предложений. Также выявлена противоречивая самооценка, высокая сексуальная значимость зрелых женщин, девочек и мальчиков.

Анализ личности Ж. позволил установить наличие доминирующей педофильной ориентации полового влечения, комплекс неразличения сексуального объекта, интроверсию, задержку эмоционального развития на ранних этапах, затруднения аутоидентификации в мужской половой роли. В детстве исследуемый воспитывался в конфликтной семье. Образом для идентификации в мужской роли послужил отец, занимавший в семье подчиненное положение и проявлявший черты незрелой личности. Воспитание Ж. в семье осуществлялось не по строгой системе и фактически не содержало мер ограничений, запретов и наказаний. Девиантная направленность сексуальных интересов закодировалась в еще достаточно раннем детстве. Сексуальный опыт периода полового созревания имел оргистический компонент. Жизненная философия обследуемого сводится к принципу "жизнь прекрасна и приятна, в ней надо успеть все попробовать, особенно в сексе". Этому принципу Ж. подчинил и выполнение им своей профессиональной, супружеской, социальной и сексуальной роли. Наличие у обследуемого высокого интеллекта в сочетании с определенными артистическими и педагогическими способностями позволили ему совершать многочисленные и многолетние педофильные контакты таким образом, что он никогда не был в них уличен или заподозрен. В заключение описания настоящего случая следует отметить, что в результате 3-летнего лечения (антиандрогенная терапия, аверсивная терапия, индивидуальная и супружеская партнерская психотерапия) у Ж. исчезли педофильные потребности, и это подтвердилось при его последующем диспансерном наблюдении [*Кроме указанных автором особенностей этого случая он представляет интерес также и в связи с некоторыми другими моментами.

Во-первых, этот пример (равно, как и многие другие, приведенные автором) воспоминании обследуемого о сексуальных событиях своего детства и отрочества и

некоторых реакциях совращенных им детей может служить одним из доказательств несостоятельности широко бытующего не только среди широкой общественности, но и среди врачей мнения о так называемой асексуальности детей, а также сомнительности утверждений некоторых авторов о том, что дети якобы не в состоянии испытывать сексуальное удовлетворение до достижения определенного уровня биологического полового созревания. Многочисленные исследования свидетельствуют, что приведенные примеры сексуальных проявлений довольно широко распространены в мире детей и не связаны с наличием у них каких-либо душевных или физических недугов (хотя в отдельных случаях могут быть их проявления), а являются отображением вариантов нормального психосексуального развития ребенка.

Во-вторых, данный случай заслуживает пристального внимания в плане иллюстрации возможности применения к отдельным лицам, совершившим сексуальные преступления из-за необходимости удовлетворения дсвиантких сексуальных потребностей, не пенитенциарных мер воздействия (эффективность которых в подобных случаях крайне сомнительна), а медицинских, в том числе и принудительных, мер сексологического лечения (разумеется, не имеются в виду изуверские методы какой-либо кастрации). В некоторых странах подобные меры применяются довольно успешно, причем не только стационарным, но и амбулаторным путем (например, в Швейцарии). Последний случай не только создаст государству определенные экономические выгоды, но и позволяет избежать социальной депривации осужденных, что повышает результативность их лечения. Наиболее гуманно и, видимо, наиболее эффективно было бы проведение подобного лечения подросткам, совершившим сексуальные преступления].

Глава II!

Убийства

Среди всех описанных групп сексуальных преступников самый широкий возрастной диапазон отмечается в группе лиц, совершивших убийство женщин (самому старшему преступнику было 47 лет). Наиболее характерной особенностью аутоидентификации личности в данной группе является то, что, несмотря на негативную оценку личности отцов, почти всем преступникам именно она послужила примером мужской половой роли. При этом личность своих матерей они, как правило, оценивали более позитивно, но, видя их подчиненное положение в семье, забитость и запуганность мужем, чаще всего не воспринимали матерей в качестве идентификационного примера. Интересно отметить, что агрессивное поведение мужчин и злоупотребление ими алкоголем в подобных семьях очень часто наблюдались во многих поколениях по мужской линии и являлись как бы стереотипом мужского поведения.

Чаще, чем среди других преступников, у убийц отмечалось гетеросексуальное агрессивное поведение и садизм. В основном это было обусловлено наличием черт алкогольной деградации личности, но иногда усматривались и другие механизмы развития подобного поведения. Так, во многих случаях выявляемое при изучении описываемой группы преступников патологическое развитие личности является благодатной почвой для относительно легкого развития агрессивности по отношению к женщинам, особенно когда в процессе жизненного и сексуального опыта исследуемые женщины являлись для них источником возникновения негативных ассоциаций. Убийство женщины в этих случаях чаще носит вид расплаты жертвы своей жизнью за ранее нанесенные убийце другими женщинами действительные или мнимые обиды.

У лиц, совершивших сексуальное убийство женщины, часто выявляются различные расстройства сексуальных функций, преимущественно в виде гипосексуальности и расстройств эрекции. Скрупулезный анализ этой патологии в большинстве случаев позволяет установить ее алкогольную природу, и лишь в более редких случаях речь идет о наличии истинных функциональных расстройств. Возникающие у этих лиц сексуальные расстройства провоцируют семейные конфликты и, как правило, приводят к

формированию комплекса мужской неполноценности. Неудавшиеся сексуальные контакты переживаются этими субъектами очень драматично, ибо они в корне подрывают имеющийся у них стереотип мужской роли, непременным атрибутом которой являются господствующее над женщиной положение и, как минимум, нормальное проявление “мужской половой силы”. Поэтому иногда встречаются убийства женщин, внешне вроде бы не носящие сексуальной окраски, но вместе с тем обусловленные подспудными сексуальными мотивами, так как в силу описанных причин совершившие их преступники всегда воспринимают женщину как сексуально угрожающий объект.

При обследовании подэкспертных из этой группы у них часто выявляются расстройства сексуальной реактивности в виде понижения уровня специфических рефлексов, что подтверждает наличие гипосексуальности. При их исследовании с помощью проекционных тестов нередко выявляются защитные позиции, которые также проявляются и в распространенных в этой группе отказах от обследования. При этом трудно предположить, чтобы подэкспертные, в основном имеющие низкий уровень образования и культуры и примитивный интеллект, отказывались от проведения обследования в связи с проявлениями высокой степени самоконтроля (который тем не менее периодически встречается у них при проведении анамнестического обследования). Просто скудость мыслительных процессов не дает им возможности понять скрытого смысла проекционных тестов и поэтому естественным образом порождает страх и недоверие.

Пример 1. По постановлению прокуратуры произведена судебно-сексологическая экспертиза гр-на К., 32 лет, происходящего из рабочей среды, имеющего начальное образование, женатого, бездетного.

Обстоятельства дела. Обвиняемому К. инкриминируются следующие действия: А) 13 ноября прошлого года в ночное время он намеревался совершить похотливые действия в отношении гр-ки И., при этом схватил ее руками за шею и стал прижимать к забору. Но задуманное совершить не смог, так как его спугнули. Б) 12 января настоящего года в ночное время намеревался совершить похотливые действия с гр-кой Ф., схватил ее рукой за шею и стал душить, засовывал ей в рот пальцы, чтобы она не кричала. Однако потерпевшая смогла устроить шум, в связи с чем задуманной цели К. не достиг. В) В ночь с 30 на 31 августа с. г. совершил похотливые действия в отношении гр-ки Н., которую душил руками за шею до тех пор, пока она не перестала сопротивляться, при этом причинил ей телесные повреждения, нарушившие функции организма на срок свыше 7 дней. Г) 14 сентября с. г. в дневное время совершил с гр-кой М. похотливые действия, сопряженные с особой жестокостью. При этом К. с целью преодоления сопротивления нанес ей множественные удары кулаками, ввел ей в половые пути руку, серьезно их повредив, а затем, затянув на шее М. блузку, задушил ее. Д) 16 ноября с. г. в дневное время совершил с недостигшей 15-летнего возраста гр-кой Д. похотливые действия, сопряженные с особой жестокостью. При этом он для преодоления сопротивления жертвы сдавливал ей руками шею до тех пор, пока она не умерла, а затем руками разорвал ее половые органы.

Данные материалов дела. Из показаний жены обвиняемого известно, что за 10 лет совместной жизни она не заметила у мужа каких-либо психических расстройств. Муж по характеру домосед, алкоголь употребляет редко, в алкогольном опьянении на интимной близости не настаивает. Какой-либо грубости в сексуальной жизни никогда не допускал. Вспоминает, что муж как-то сказал, что ему надо лечиться, так как он может ее убить. А в прошлом году во время семейной ссоры выкрикнул, что он убийца.

Из показаний обвиняемого следует, что в состоянии алкогольного опьянения он ощущает сильное половое влечение. Если в это время он встречал незнакомых женщин, то начинал к ним приставать и уже после короткого общения чувствовал необъяснимую потребность в совершении агрессии, которая всегда проявлялась в том, что хватал женщину руками за шею и начинал душить. Предполагает, что эти поступки обусловлены испытанными в детстве переживаниями. Отец часто бил его по любому поводу. В школе за маленький рост постоянно подвергался насмешкам одноклассников, а учителя постоянно его наказывали за то, что был левшой. Мать обвиняемого, которую он очень любил, умерла, когда ему было 10 лет. Вскоре отец вторично женился на женщине,

бывшей моложе его на двадцать лет. Мачеха обзывала приемного сына “дохляком”, и за это он ее возненавидел. В 12 лет, находясь в санатории, стал свидетелем полового акта между одним парнем и медсестрой, которая подтрунивала над внешностью обвиняемого, и он проникся к ней ненавистью. Через год в том же санатории сестра-хозяйка (зрелая женщина) завела его к себе в комнату, в вульгарной форме цинично просветила в вопросах секса, заставила раздеться и склоняла к совершению полового акта, однако у К. не возникло эрекции, в связи с чем партнерша над ним насмеялась. В 16 лет влюбился в ровесницу, но однажды случайно стал свидетелем ее интимной близости с другим парнем. Это событие очень сильно переживал. В том же году совершил первый половой акт, который протекал успешно. С этой партнершей жил половой жизнью на протяжении нескольких месяцев, но, узнав о се измене, не мог подавить появившегося к ней отвращения и связь прекратил. На протяжении нескольких месяцев поддерживал отношения с девушкой, склонившей его к орально-генитальным контактам. Но эта форма половых отношений была ему противна и вызывала обиду. В первую брачную ночь разочаровался в жене, убедившись, что, как и другие его сексуальные партнерши, она не была девственницей. Будучи женатым, отбывал наказание в заключении. После освобождения узнал, что жена изменяет ему с различными мужчинами. Постепенно к ней, как и ко всем женщинам, нарастала ненависть, которую пытался заглушить алкоголем. Несмотря на испытываемое к жене отвращение, продолжал жить с ней половой жизнью. Часто возникало желание сделать ей больно, а когда видел у нее в глазах страх, то испытывал облегчение. В этот период при попытке внебрачного совершения полового акта произошло преждевременное семяизвержение. Прервал интимную близость и был взбешен на себя, на весь мир, а особенно на женщин. Тогда пришло решение убить жену таким способом, чтобы перед смертью она долго мучилась от боли. Эта мысль ужасала его и поэтому стал избегать алкоголизации, осознавая, что в нетрезвом состоянии за себя не отвечает и способен осуществить убийство. Жил ненавистью и ждал момента, когда сможет отомстить за себя всем женщинам, чтобы потом было легче жить. В конце августа прошлого года, находясь в состоянии алкогольного опьянения, встретил незнакомую молоденькую девушку и, увидя ужас в ее глазах, вновь потерял над собой контроль и стал ее душить. Сжимал ей руками шею до тех пор, пока не увидел, что она не подает признаков жизни. Полностью раздел безжизненное тело, стал наносить по нему яростные удары кулаками, ввел руку в половые органы. Примерно через месяц после этих событий, опять же будучи пьяным, случайно зашел на какой-то двор. Через некоторое время увидел пересекавшую двор девушку и ощутил, что от нее исходит какое-то излучение, направленное в его сторону. Тотчас же по телу прошел как бы электрический разряд, схватил девушку за горло и потащил ее в темный угол двора. Там сорвал с нижней части ее тела одежду и совершил половой акт. После совершения этих действий почувствовал некоторое облегчение.

Данные судебно-сексологической экспертизы. В процессе производства экспертизы обследуемый перемещается свободно, садится на краешек стула, однажды занятую позицию не изменяет. На вопросы отвечает лаконично, краткими фразами. В начале исследования контакт затруднен: на вопросы отвечает после долгого раздумья и неоднократного повторения вопроса; на многие вопросы отвечает “не знаю”, “не помню” либо не отвечает вообще. В процессе обследования постепенно контакт улучшился, до самого окончания производства освидетельствования у подэкспертного сохранялось защитное поведение. При сборе сексологического анамнеза испытывал смущение и часто выражал нежелание “говорить про дела, о которых ни с кем и никогда так подробно не говорил”. В начале обследования у подэкспертного доминировало подавленное настроение, которое затем постепенно выровнялось. Мимика живая, адекватная настроению и даваемым ответам. Жестикуляция скупая. Ориентирован полностью. Расстройств памяти и мышления, психотической симптоматики не выявляется.

Анамнестическое обследование. Отцу подэкспертного в настоящее время 68 лет, пенсионер. Описывает его как нервозного, вспыльчивого человека. Фактического контакта с ним не было (“никогда не могли понять друг друга”). Считает, что отец в семье всегда хотел всеми управлять, но “это не он, а мачеха начала им править. Все потому, что он женился второй раз, не дождавшись окончания годичного срока траура

после смерти матери". Считает, что внешне отец был интересным мужчиной, который нравился женщинам. При разговоре об отце напряжен, скован, вместе с тем проявляет к нему жалость. Мать умерла в возрасте 45 лет от рака. Подэкспертному шел тогда 11-й год. Характеризует мать как добрую, спокойную, ласковую ("когда мне было плохо, она прижимала меня к себе и я успокаивался, сразу становилось хорошо. Очень ее любил и сильно переживал ее утрату"). Считает, что внешне похож на мать, в то время как психически — на отца. Не может оценить успешность брака родителей ("нс ругались"), наличие между ними чувственной связи ("тогда об этом не думал"). На вопрос "Изменял ли отец матери?" отвечает — "много раз, он вообще любил поволочиться за юбкой". После аналогичного вопроса о матери долго думает, потом отвечает — "я думал, что нет, но моя жена говорила, что от людей знает о том, что она ему тоже изменяла. Я не знаю, что об этом подумать". Имеет 3 братьев и 3 сестер, является предпоследним ребенком в семье. Наиболее хорошими были отношения с младшей сестренкой, а самые плохие — со старшим из братьев, который был "любимчиком" отца. На вопрос о том, кто был любимчиком матери, не отвечает. Завидовал "вольности" старших братьев и сестер — возможности не бывать дома. Две из сестер замужем, но выяснить, какие именно сестры, а также установить, как сложился у них брак, — у обследуемого невозможно. Мачеха моложе отца на 20 лет, считает ее внешне привлекательной женщиной. Кроме указанных выше причин несложившихся с ней отношений поясняет — "постоянно дразнила" что я с младшей сестренкой, как муж и жена". Какой смысл она вкладывала в эти слова, объяснить не может, но инцестные действия отрицает. Отмечает, что кроме злости испытывал к мачехе и зависть, но, несмотря на расспросы, другой информации по этому поводу не сообщает. В 12-летнем возрасте явился свидетелем полового акта между отцом и мачехой — "это возбудило во мне интерес, захотелось попробовать самому". Источниками сексуального просвещения были одноклассники и "книжки", разговоров на темы секса дома не было. Школьный период вспоминает неохотно "был в стороне от мальчишек, так как был болезненным и поэтому не мог составить им компании в спортивных играх". Ощущал свою изоляцию, болезненно реагировал на кличку Дохляк. Отношения с учителями были разными. Возненавидел в 5-м классе учительницу за то, что "она подходила к моей парте и вставала в такую позу, что у нее выпирал лобок, и подолгу так стояла". Первый половой акт совершил в 16 лет в лесу по взаимной инициативе с имевшей сексуальный опыт 14-летней девушкой, с которой учился в одной школе. Течение акта было успешным. Первую партнершу характеризует как "распутная, жила со многими мужиками, а одним из любовников из форса держала старого хрыча". В общей сложности имел 15 сексуальных партнерш. Контакты с ними определяет как удачные, получал удовлетворение от половой жизни. Не может сказать, достигали ли партнерши оргазма. Стал на это обращать внимание только после измены жены. Влюблялся несколько раз, в том числе был влюблен и в будущую жену, "которая оказалась такой же курвой, как и другие". Половую жизнь с женой оценивает как удачную. Большую часть брака половые акты с ней совершал ежедневно. Предпочтительной коитальной позицией считает позицию "наездницы". Подтверждает о себе всю информацию, имеющуюся в материалах дела, а также изложенную там версию о случившемся. С видимым усилием, преодолевая стыдливость и смущаясь, признается, что с самого начала половой жизни страдает от комплекса "маленького полового члена", хотя ни одна из сексуальных партнерш ни разу не делала ему даже намеков на эту тему. Причину возникновения этого комплекса видит в том, что все партнерши, в том числе и жена, изменяли ему ("ведь должен же быть для этого какой-то повод, наверно, я им не угодил"). Точных размеров своего полового члена не знает, его длину в состоянии эрекции определяет как, "наверно, больше 15 сантиметров, может, сантиметров 17—18". Отсутствует также информация о нормальных размерах полового органа, о сравнении себя с ровесниками в период полового созревания. Мастурбирует с 13 лет до настоящего времени. Частота мастурбации постепенно увеличивалась до ежедневной. Ей сопутствуют фантазии о совершении половых актов со зрелыми женщинами. Поллюции бывают изредка ("когда долго не спускаю"). Эротические сновидения примерно с 13 лет, частые, носят гетеросексуальпый и оргистический характер. В снящихся оргиях всегда видит собственное участие в групповом сексе, хотя опыт подобных контактов отрицает.

Признается в заинтересованности порнографии, рассматривание которой, особенно содержащей изображение коитуса, вызывает половое возбуждение. Отмечает частые утренние, ночные и дневные эрекции. Под влиянием алкоголя повышается либидо, но при сношении в нетрезвом виде затрудняется эякуляция, а “часто в этом состоянии вообще не могу кончить, поэтому стараюсь перед сношением не пить, а в пьяном виде не иметь сношений”. Также признается, что с самого начала половой жизни страдает слишком ранним семяизвержением, наступающим уже после нескольких фрикций. Но уже через несколько минут после эякуляции способен совершить повторный половой акт, который длится значительно дольше. Чувствовал в этом плане свою неполноценность, перед близостью ощущал неуверенность, собирался лечиться, но, несмотря на то, что знал о существовании специалистов-сексологов, так ни разу к ним и не обратился. Гомосексуальные, педофильные и иные девиантные тенденции и контакты отрицает. На вопрос о своей оценке женщин иронически ухмышяется и говорит: “Хотел бы не отвечать, так как это бессмысленно”. При попытке дальнейших расспросов на эту тему дает следующие ответы: “Все изменяют; порядочных нет; все они лживые ведьмы; изменяют потому, что им всегда хочется”. На вопрос о том, не считает ли он, что есть женщины, которые имеют только одного партнера, отвечает: “Это невозможно, я таких не встречал”. Не верит, что женщины способны сохранять верность даже по религиозным мотивам (“даже монашки и те распутничают. Однажды имел любовницу, которая никогда не позволяла ее провожать до дому. Как-то раз проследил за ней и узнал, что она монашка”). При всех ответах на вопросы о женщинах напряжен, возбужден, ироничен, агрессивен. Впервые агрессивность к женщинам почувствовал, когда отбывал наказание за изнасилование: “За это, так сказать, изнасилование возненавидел их тогда всех и решил отомстить за себя”. Постепенно агрессивность в нем нарастала, а под влиянием алкоголя увеличивалась беспредельно. При расспросе об инкриминируемых действиях сообщает: “Нормальный человек этого бы не сделал. О том, что случилось, я и сожалею и не сожалею”. Утверждает, что при совершении преступлений не чувствовал сексуального возбуждения. В это время доминировала только ярость (“удушение будило только ярость и сексуально не возбуждало, но после сделанного чувствовал облегчение”).

Употреблять алкоголь стал еще во время учебы в профессиональном училище, но особенно пристрастился к вину, когда бросил учебу. Начинал алкоголизировать с 2—3-х раз в месяц, а затем “при любой возможности. Что было, то и пил”. За один прием выпивал до 0,5 литра алкоголя. При этом никогда не напивался до беспамятства. Все преступления совершил в состоянии алкогольного опьянения.

Соматическое обследование. Правильного телосложения. На туловище и верхних конечностях множественные татуировки с изображением женщин (выполнены во время отбывания наказания). Оволосение лобка по мужскому типу. Половые органы сформированы и развиты правильно, обычных размеров. Яички в мошонке, нормальной консистенции.

Психологическое обследование:

Шкала сексуальных возбудителей. Из наиболее для себя приемлемых возбудителей в порядке убывания отмечает: гетеросексуальный коитус в позиции сзади женщины или при занятии партнершей позиции “наездницы”, оральные ласки половых органов женщины, активность партнерши, ласки молочных желез. Как индифферентные отмечает: классическую коитальную позицию, позиции стоя и обратную, орально-генитальные ласки, производимые партнершей.

Тест визуальной стимуляции. Проявляет повышенный интерес к данному исследованию. Очень быстро возбуждается при виде изображений гетсросексуального коитуса, сразу же развилась максимальная эрекция, при которой половой член достигает длины 18,5 сантиметров. В связи с наличием бурной реакции и возбуждения испытуемого исследование прекращено.

Тест Роршаха. Из-за малого числа ответов тест не дает возможностей их интерпретации. Изображения на таблицах II и IX вызывают исключительно сексуальные ассоциации.

Психорисунок. Категорически отказался от выполнения рисунков образов родителей

и собственного “Я”. После длительных раздумий решился изобразить образ женщины, в котором подчеркнуто выделил расположение эрогенных зон, а на голове силуэта нарисовал рога (“все они — бесовское племя”).

Иерархию собственных желаний выстроил следующим образом:

1) хочу иметь женщину, которая удовлетворяет меня и тоже получает удовлетворение;

2) хочу хорошо поесть;

3) пусть меня скорее повесят, это следствие меня измучило, а конец все равно один.

По завершении обследования попросил дать лекарство, которое уменьшает половую потребность *(“я* больше не могу этого терпеть”), проявил заинтересованность результатами экспертизы.

Выводы. На основании изучения материалов дела и произведенного обследования прихожу к выводам:

1) У испытуемого К., 32 лет, имеется патологическое развитие личности.

2) Отсутствуют какие-либо основания для утверждения о наличии у обследуемого сексуальной девиации.

3) Проявление у К. неправильных позиций по отношению к женщинам позволяет признать его социально опасным.

4) В процессе совершения К. криминальных действий у него сохранялась способность к осознанию их значения, но способность к управлению ими была в значительной степени ограниченна.

При уже определенном опыте читателю не составит большого труда проследить в данном случае механизм развития у подэкспертного агрессивного поведения по отношению к женщинам. Заметим лишь, что результаты обследования К. позволяют предположить, что осуществленные им убийства не имели характера убийств, совершенных для удовлетворения стержневых девиантных сексуальных потребностей, хотя проявленная при этом жестокость и имеет некоторые черты, характерные для садизма. Основополагающей причиной совершения убийств в данном случае все же была патологически измененная личность К., с выраженными чертами агрессивности по отношению к женщинам. Развитие этой агрессивности в основном происходило на сексуальном фоне. То есть эти убийства можно рассматривать как “вторично сексуальные”.

Пример 2. По постановлению прокуратуры произведена судебно-сексологическая экспертиза гр-на Я., 31 года, имеющего начальное образование, работающего механиком, женатого.

Обстоятельства дела. Гр-н Я. обвиняется в серии садистских убийств женщин различного возраста.

Как следует из имеющихся в деле показаний. Я.: “Мое поведение не является девиацией, а является сексуальным отклонением. В процессе совершения убийства у меня появлялась эрекция и наступало семяизвержение, но я никогда не испытывал сексуального возбуждения именно от трупа и не совершал при нем мастурбации. Причиной моего поведения послужила одна женщина, благодаря которой я возненавидел весь их род. Со временем эта ненависть углублялась, и я стал считать всех женщин исчадием ада. Единственным исключением из них была моя жена, которой я никогда бы не смог причинить обиду, даже когда во мне горела ненависть ко всем женщинам и, выходя из дома, я вожделел ударить и убить какую-нибудь женщину”.

Из заключения судебно-психологической экспертизы:

“Гр-н Я. обвиняется в убийстве пяти и попытке убийства семи женщин. Преступления имели сексуальный характер с элементами садизма. При исследовании по методике ТАТ определяется сильная тоска по нормальным семейным отношениям, неудовлетворенная потребность в одобрении со стороны женщины, отсутствие отца — эталона мужской роли (...). Существует вероятность, что практикуемая с женой нормальная половая жизнь не давала Я. ожидаемого полного сексуального удовлетворения (...). Обследумый имеет высокий уровень интеллектуального развития”.

Анамнестическое обследование. Брак родителей продолжался недолго. Отца никогда не видел. Знает, что происходит из семьи алкоголиков. Отец жив и, “похоже, хочет со

мной встретиться". В начальной школе досаждало отсутствие отца, "поскольку все другие дети его имели". Сначала об отце ничего не знал, но потом испытывал к нему двоякие чувства — *"с* одной стороны, жалость, а с другой — злость". Мать "до сих пор не расшифровал", поссорился с ней и последние годы контактов не поддерживает. Она "была как загнанная лошадь, изматывалась на работе, а денег все не хватало. До 6-летнего возраста проявляла ко мне нежность и заботу, а потом — как отрезало. К ней приходили разные мужчины, но она стеснялась меня, видела, что я нервный, и поэтому этих мужчин отпугивал". Брат — "умер в 3-месячном возрасте, мне тогда было 5 лет". Бабушка — "умерла в 80-летнем возрасте. Добрых слов у меня для нее нет. Среди ее внуков я был нелюбимым. Наверно, она думала, что я буду таким же, как отец. Била меня за малейшие проступки, без всякого повода жаловалась на меня матери. Не припомню, чтобы она хоть раз в жизни угостила меня конфеткой". Считает, что внешне не похож ни на кого из родителей, а психически идентичен матери ("мы оба нервные"). Детство — "все праздники проводили дома в тесном кругу семьи, на них я получал мелкие подарки. Никто не приходил ко мне домой, приятелей у меня не было". Семья исповедовала протестантизм и раз в месяц в полном составе посещала церковь. Наиболее приятные воспоминания детства—"когда была елка и я получал подарок". Наиболее горькие воспоминания детства — "когда били и наказывали ни за что или просто из благих намерений, а также то, что мать слепо во всем доверяла бабке. Однажды, когда мне было 17 лет, я не выдержал и бросился на бабку, но мать встала между нами". Чувства к бабке — "злость, бешенство, обида". Чувства к матери — "горечь, жалость". Каких-либо сексуально окрашенных воспоминаний из периода детства нет. Контакт с ровесниками — "не мог найти с ними общего языка, сторонился их. Хотел иметь много приятелей, но этого не получалось. Многие сверстники смеялись над нашей семьей, докучали моей безотцовщиной, избегали меня". Прозвища в детстве — Англичанин, а почему — не знаю". Признаки биологического созревания появились в 14 лет. Сексуальное просвещение — "уличное". Мастурбация с 16 лет, вплоть до женитьбы, по несколько раз в неделю, проводилась чисто механически и не сопровождалась никакими фантазиями. Отношение к мастурбации адекватное, без каких-либо комплексов и угрызений совести. Поллюции — "бывали, но стыдился их и чувствовал себя после них измученным". В возрасте около 15 лет "влюблялся в киноактрис". Первая реальная любовь — жена. "Познакомились случайно. Мне было 20, а ей 18 лет. Я только освободился из тюрьмы. Примерно 2 месяца вместе гуляли. Я в ней нашел все то, что мне не хватало. Она излучала тепло и нежность. Через полгода после знакомства она стала первой в моей жизни женщиной, а я — первым для нее мужчиной. Это произошло неожиданно, незапланированно, и мы были захвачены случившимся врасплох. В тот день она была у меня дома, приготовила обед и мы поели. Потом она рисовала акварели. Как-то случайно возникли ласки, а потом, не помню как это случилось, но дело дошло до сношения. Испытанные мною ощущения были полны новизны и счастья. Я всю жизнь видел только грязь и первый раз пережил что-то хорошее и доброе". Через полгода после этого поженились. До брака половая жизнь с возлюбленной была нерегулярной, в среднем совершали 1—2 акта в месяц. Сексуальные контакты в первые месяцы брака ежедневные, а затем установился ритм 3—4 акта в неделю. Сношение практиковали в разное время суток, всегда в полностью обнаженном виде и только в классической позиции. Жена занимала активную позицию в сексе, ласки были взаимными. Обследуемый предпочитал ласки жены в виде поцелуев ее груди и лона. Орально- и анально-генитальных ласк и контактов никогда не было. Половую жизнь в браке оценивает как взаимно удачную. На вопрос об удовлетворенности жены сексуальной жизнью отвечает: "На эти темы мы никогда не говорили, но скорее всего она получала удовольствие от соития и достигала оргазма, так как в процессе сношения покусывала меня, впивалась ногтями в тело, блаженно постанывала, а в завершающей фазе у нее наступали судороги и она кричала". Оценка жены как женщины — "не красавица, но я любил ее не столько за внешние данные, сколько за доброту". Жилищные условия были хорошие. Противозачаточных средств никогда не использовали. Единственное противозачаточное мероприятие — планирование сношений в соответствии с менструальным календарем жены. Все беременности жены были запланированными и

желанными. Имеют двоих детей — 6-летнюю дочь и 4-летнего сына, любимых обоими родителями. Оценка брака — “удачный, удовлетворяющий представлениям и ожиданиям от семейной жизни”. Конфликты в браке — “редкие и только незначительные”. Половая жизнь с другими партнершами — “жена была единственной сексуальной партнершей”. Идеал женщины — “рачительная, нежная и добрая супруга, спокойная, во всем советующаяся с мужем”. Идеал мужчины — “трудолюбивый, заботящийся о семье, уступчивый. Это, точно, не я”. Самооценка — “себя ненавижу, так как у меня всегда было два “я”, двойная жизнь, вся эта грязь”. Гомосексуальные, девиантные тенденции и контакты, сексуальные расстройства — отрицает. Половая жизнь во время менструации у жены — “в этот период половых актов никогда не совершал, так как мне это было противно, а месячные у жены всегда были болезненными”. Собственный сексуальный темперамент — “невысокий и, наверное, ниже, чем у других мужчин, так как они всегда хвалятся своей сексуальностью и пристают к женщинам при первой возможности, а мне это никогда не нравилось”. Либидо сохранено. Утренние, ночные и дневные эрекции частые, полные. Поллюции редкие, только при длительном половом воздержании. С момента брака к мастурбации стал прибегать только в следственном изоляторе. Эротические сновидения бывают редко и носят оригинальный характер — “снятся виденные ранее сеансы спиритизма, при которых возникает ощущение чего-то сладостно-запретного”. Отношение к порнографии — “очень слабо возбуждает, преимущественно изображение половых актов. Не люблю эту стимуляцию — она оставляет ощущение чего-то мерзкого и неприличного”. Влияние алкоголя на половую жизнь—“в отличие от других мужчин, наоборот, ощущаю снижение полового влечения”. Причина бывших судимостей — “в 18 лет с двумя приятелями и девушкой, приехавшей в гости к соседям, устроили вечеринку в канун Нового года. Постепенно разговоры свелись к обсуждению сексуальных вопросов. Потом пошли гулять. Один из приятелей вместе с девушкой ушли вперед, и мы со вторым товарищем увидели, что они спустились в подвал. Зашли туда вслед за ними и все втроем стали раздевать девушку. Она закричала, и на крик прибежал ее брат. За попытку изнасилования был осужден на три года, но за примерное поведение через 1,5 года из заключения освободили. Вторую судимость получил через 6 лет после женитьбы. В нетрезвом виде на улице случайно задел какую-то женщину, а она устроила по этому поводу скандал и стала на меня орать. Я с детства вообще не переношу, когда на меня кричат, а тем более когда это делают женщины, и поэтому ударил ее. За рукоприкладство был осужден на год”. За что привлекается к уголовной ответственности в настоящее время — “за пять убийств и семь попыток убийства”. Кто был жертвами — “всегда только женщины, разного возраста, самой старшей было лет сорок, а самой младшей лет тринадцать. В двух случаях это были женщины, которые хотели вступить со мной в половую связь”. Что послужило причиной такого поведения — “был взбешен на женщин за свое первое осуждение. Тогда в суде родственница этой девушки кричала, что мне дали маленький срок и требовала более жесткого наказания. И это была женщина, всем в жизни обязанная моей матери! Ведь мы не причинили той девушке особого вреда, да и все мы были так молоды и совсем неопытны. Отношения к заключенным в полной мере испытал на собственной шкуре. Никто там меня не воспитывал и не перевоспитывал, столкнулся только с грязью и подонками”. Как совершались преступления — “при этом только в двух случаях я не был пьян. В остальных — был в состоянии алкогольного опьянения и был каким-то возбужденным. В первый раз это была случайная знакомая, которая хотела вступить со мной в половую связь, привела к себе домой. Я возбудился, но тут перед глазами как наяву встала тюрьма, я отпихнул ее и ударил попавшим под руку топором. В другой раз я устал на работе, выпил, поехал домой и уснул в автобусе. На конечной остановке водитель разбудил меня, и я вышел. Пошел на трамвай, чтобы доехать до дома. На остановке стояли три какие-то скандальные бабы, которые сразу же стали громко высказываться в мой адрес. Одна из них все кричала, что, может быть, я преступник и что надо вызвать милицию, чтобы проверить, нет ли у меня оружия. Когда сели в трамвай, то они и там продолжали меня оскорблять. Особенно старалась та, которая предлагала сдать меня в милицию. Все это взбесило меня, и когда эта женщина вышла на какой-то остановке, то я вышел за ней следом. Она перепугалась, но все равно

продолжала на меня орать. Тогда я ее убил”. Подэкспертный не смог объяснить, почему он после совершения убийства обнажал тела жертв. Утверждает, что ни в процессе совершения убийств, ни после не испытывал полового возбуждения. При этом не возникало ни эрекции, ни семяизвержения. Подтверждает эти сведения при неоднократно поставленных и различно сформулированных вопросах. При этом дополняет, что “после убийства возникало не облегчение, а, наоборот, накатывал ужас от содеянного и страх перед возможным осуждением. Поэтому старался спрятать труп”. Собственная позиция в отношении к женщинам — “ничего хорошего о них сказать не могу. Часто о них говорят, как о чем-то лучшем по сравнению с мужчинами, но я думаю иначе. Почти все знакомые мне женщины, выходя замуж, помышляли не о любви, а о собственных выгодах. Я неоднократно слышал на работе, что они между собой говорят о своих мужьях”.

Соматическое обследование. Правильного телосложения. Оволосение лобка по мужскому типу. Половые органы развиты и сформированы правильно, нормальных размеров. Крайняя плоть освобождает головку полового члена. Яички в мошонке, безболезненные. Брюшные рефлексы выражены обычно, сухожильные рефлексы усилены.

Психологическое обследование:

Тест дополнения предложения. Выявляет агрессию, направленную на мать и бабку, которую распространяет на всех женщин, упрекает их в фальшивости и непостоянстве.

Тест Роршаха. Выявляются защитные позиции, отсутствие ассоциаций по таблицам VII—X.

Тест визуальной стимуляции. Слабая реактивность на любые сексуальные раздражители.

Тест желаний. Все три возможных варианта свел к одному — “хочу быть дома с женой и детьми”.

Проекционный тест Старовича. Предложенные образы закодировал следующим образом: “Я — василек, так как это любимый цветок моей жены; жена — предмет, который хотел бы всегда иметь при себе; женщины, мать — неодушевленные предметы; бабка — прах; отец — лучше бы его не было”.

Психорисунок. Рисунок образа мужчины — подчеркнутая маскулинность изображения. Рисунок женщины — маскулинизация образа, позиция дистанции. Рисунки образов матери и бабки — сильно выраженная маскулинизация черт, позиции угрозы, страха и агрессии.

Поведение обследуемого в процессе экспертизы. Контакт с подэкпертным хороший. На вопросы отвечает свободно, повествовательно, без проявлений стыдливости. Мимика живая, адекватная ответам. Полностью ориентирован. Расстройств внимания и памяти нет. Хороший интеллектуальный уровень. Фон настроения несколько снижен. Психотической симптоматики не выявляется. При обследовании занимает позицию активного сотрудничества, спокоен, нет черт активной защиты.

Вывод. На основании данных материалов дела, других представленных документов и в результате произведенных исследований прихожу к следующим выводам:

1) У гр-на Я. имеется гетеросексуальная направленность полового влечения.

2) В занимаемой обследуемым по отношению к женщинам позиции отмечаются выраженные черты агрессивности, не имеющие, однако, признаков сексуальной девиации — садизма.

3) Уровень полового влечения и сексуальной реактивности обследуемого находится в пределах нормы.

4) Из анализа собранных в процессе экспертизы данных следует, что обследуемый воспитывался в женской семейной среде без эталона мужской роли. Главные представители этой среды (мать и бабка) вызывали негативные реакции, перенесенные - затем на всех женщин в форме обобщенной агрессии по отношению к ним. Эта агрессивность в результате первого осуждения за попытку изнасилования подверглась усилению и дальнейшему закреплению. Из поля агрессии была исключена только жена. Причиной подобной исключительности явилось то, что жена была первым в жизни обследуемого человеком, который проявил к нему добрые чувства, заполнившие

имевшийся у него чувственный вакуум. Кроме того, жена была его первой и единственной сексуальной партнершей, а половая связь с ней соответствовала имевшимся ожиданиям и даже превосходила их в удовлетворении не только сексуальных, но и эмоциональных потребностей. То есть можно предположить, что в отношении к жене у Я. проявились черты комплекса Мадонны. Имеющаяся у обследуемого по отношению к женщинам агрессивность включала в себя несколько форм агрессии: агрессия воображения, словесная агрессия и физическая агрессия. Совершаемое им обнажение умерщвленных жертв можно рассматривать как символизацию агрессии, не имеющую отношения к девиантному сексуальному поведению. Элементы агрессии к женщинам у Я. кроме его личностных черт обусловливаются и следующим комплексом факторов: компенсация чувства ненависти к матери и бабке; обобщенная негативная позиция к женщинам; аффект личной обиды; компенсация несмелости в контактах с женщинами; отсутствие эталонов позитивных взаимоотношений между полами; комплекс поздней сексуальной инициации; отсутствие сексуального опыта. Наслоение друг на друга разных составляющих обобщенной агрессии к женщинам привело у Я. к их взаимному усилению, вылившемуся в крайнюю форму проявления агрессии — убийство.

Глава IV

Кровосмешение (инцест)

Обследованная нами популяция инцестофилов включала всего девять преступников-мужчин. Естественно, что крайняя малочисленность этой группы не позволяет прийти к каким-либо общим выводам. Поэтому мы приведем лишь характеристику обследованной группы. Это были мужчины в возрасте 32—49 (средний возраст 42 года). Все они происходили из рабочей среды, были женаты и имели детей. Также для всей группы в целом характерна позитивная оценка личности матери и психоэмоциональной связи с ней при оценке личности отца и связи с ним как негативной. Представляется интересным тот факт, что все до единого подэкспертные единодушно и психически и физически отождествляли себя с матерью. Биологической половой зрелости они в большинстве случаев достигали к 16—17 годам. У них у всех имелась подростковая и юношеская мастурбаторная практика, сопровождавшаяся фантазиями исключительно в виде контактов со взрослыми женщинами. Период сексуальной инициации растянут между 17 и 23 годами. Первые сексуальные партнерши были либо ровесницами, либо несколько более младшими по возрасту. Чувственная и сексуальная связь с первой партнершей характеризуется позитивно. Все представители группы за период половой жизни имели в целом более 5 сексуальных партнерш. Анализ излюбленных форм ласк и коитальных позиций не выявляет отличий обследованных от типичной мужской популяции. Все исследуемые традиционно представляли себе модель маскулинности и имели положительную самооценку в роли сексуального партнера. Уровень либидо оказался нормальным у троих, повышенным у одного и пониженным у пятерых подэкспертных. Наиболее распространенным типом сексуальных нарушений было расстройство эрекции (на основании изученных данных можно предполагать его вторичную алкогольную природу). Проведенным соматическим обследованием не выявлено каких-либо нарушений в строении гениталий. Тест визуальной стимуляции выявил в шести случаях пониженную и в трех — нормальную сексуальную реактивность. Рисунок образа женщины выполнялся обследуемыми с подчеркнутыми сексуальными чертами, а в рисунке собственного “Я” большинство из них проявляли защитные позиции. В то же время выполненные изображения образа мужчины выявили существенные отличия между обследуемыми: в одних случаях преобладали защитные позиции, в других — гипермаскулинные черты, в третьих — бисексуальные, а в четвертых — инфантильные черты. В тесте Роршаха у всех подэкспертных, в основном единодушно, были продемонстрированы явно сексуальные ассоциации, чаще — с женскими гениталиями или коитальными позициями. Тест Старовича выявил гиперболизированную

акцентацию сексуальных сторон в восприятии маскулинности, женственности и собственной личности. В процессе обследования у двоих обследуемых была диагностирована бисексуальная, у одного — недевиантная гетеросексуальная направленность полового влечения, а в шести случаях был выявлен синдром неразличения сексуального объекта. Примечательно, что во всех случаях инцест был совершен в состоянии алкогольного опьянения. Инцест чаще практиковали в форме завершавшегося оргазмом глубокого петтинга либо в форме коитуса. Но в двух случаях он имел скорее форму сексуальной оргии, заключавшейся в том, что преступники сначала принуждали членов семьи к выполнению сексуальных действий между собой (в одном наблюдении — между матерью и сыном, в другом — между братом и сестрой), а затем, после возникновения у себя под влиянием увиденного полового возбуждения, сами совершали сексуальный контакт с детьми. Проведенный психиатрический, психологический и сексологический анализ всех случаев позволяет предположить определенную схематическую последовательность возникновения инцестного поведения: патологическое развитие личности — алкоголизм — алкогольная деградация личности — инцест.

Пример. По постановлению прокуратуры произведена судебно-сексологическая экспертиза гр-на С., 1940 года рождения, находящегося в психиатрической клинике.

Обстоятельства дела. Гр-н С. обвиняется в том, что: А) в апреле 1979 года, применяя силу и угрожая, совершил похотливые действия со своей 13-летней дочерью, причем действовал с особой жестокостью; Б) в период с 1973 года по декабрь 1980 года систематически издевался над своей женой и детьми: избивал их, оскорблял и унижал их достоинство.

Материалы уголовного дела. Из протокола допроса жены обвиняемого: “Мой муж позволял себе половое общение с нашей 13-летней дочерью, а также заставлял ее присутствовать во время совершения со мной, в том числе и помимо моей воли, сексуальных действий. Также он принуждал меня и нашего 15-летнего сына к половому общению между собой, при котором присутствовал и в котором активно участвовал сам. Муж всегда делал это в состоянии алкогольного опьянения. Постоянно запугивал нас, в результате чего дочь пыталась покончить с собой”.

Из протокола допроса несовершеннолетней дочери обвиняемого: “Отец давно пьет. Мы его все боимся. Однажды он пытался зарезать брата бритвой, жег его, маму и меня сигаретой. Так страшно он себя ведет уже лет семь. В прошлом году он заставлял меня спать в их с мамой кровати и смотреть, что они делают. Еще раньше он мне показывал свой орган, заставлял его брать и двигать рукой, показывал, как это надо делать”.

Из протокола допроса несовершеннолетнего сына обвиняемого: “Отец велел мне смотреть, как он совершает половое сношение с мамой. Потом заставил раздеться и лечь на нее, взял мой член в руки и вложил в органы мамы (до этого я половых актов ни с кем не совершал). Несколько раз он возбуждал мой член рукой и потом заставлял совершать половые сношения с мамой. Когда член у меня не возбуждался, то он при мне совершал половые сношения с мамой, а меня заставлял смотреть на это и рукой возбуждать у себя член. При этом он ежеминутно спрашивал, не возбудился ли у меня член, а если видел, что член возбуждался, то снова велел совершать с мамон половой акт”.

Из протокола повторного допроса жены обвиняемого:

“Сексуальные отклонения я заметила у мужа 8 лет назад. С этого времени он стал совершать такие действия: засовывал мне во влагалище затушенные сигареты, прижигал мне тело и половые органы горящей сигаретой, совершал со мной половые акты в задний проход, принуждал дочь целовать ему половой член, принуждал дочь присутствовать при наших интимньк отношениях, а в процессе совокупления со мной вводил ей во влагалище пальцы”.

Из протокола допроса обвиняемого следует, что он понимает сущность предъявленных ему обвинений, но совершение подобных действий отрицает.

Из имеющейся в деле медицинской документации: в амбулаторной карте обвиняемого из поликлиники по месту жительства указано, что он наблюдается с 1975 года с диагнозом “хронический алкоголизм”. В 1976 году установлено, что, несмотря на проводимое лечение, продолжает употреблять алкоголь, в состоянии алкогольного

опьянения бьет жену и детей. С 1977 года после употребления спиртных напитков стал агрессивным, не критичен к своему состоянию.

Из многочисленных писем и жалоб обвиняемого в прокуратуру следует, что выдвинутые его женой обвинения он считает абсурдными и обусловливает их наличием у нее психического заболевания.

Судебно-сексологическое обследование. Поведение подэкспертного: двигается свободно, сидит в удобной позе. Хорошо контактен. Состояние уравновешенное. Полностью ориентирован. На вопросы отвечает уверенно, исчерпывающе. Бдительно следит за содержанием вопросов и четко контролирует свои ответы. Осторожен в проявлении защитных позиций. Психотической симптоматики не выявляет. Не признается в совершении инкриминируемых ему действий. Выдвинутое женой обвинение мотивирует ее психическим заболеванием, а показания детей — влиянием на них матери (“как они не могут понять, что их показания причиняют мне в этом деле наибольшую боль, так как я всегда для них был хорошим отцом. Просто не понимаю, как они могли так поступить, наверняка для этого мать должна была их долго уговаривать и задабривать”).

Анамнестическое обследование. Сообщает, что мать родила его вне брака, он был у нее единственным ребенком, отца не знал. Мать работала кухаркой в столовой войсковой части, часто задерживалась на работе до позднего вечера, очень уставала. Дает ей высокую оценку (“преданная душа, человек дела, добрый человек”). И внешне и психически считает себя подобным матери (“у нас с ней много общих черт — отношение к работе, приверженность семье, дети для нас являются всем в жизни”). Когда подэкспертному было 8 лет, мать вышла замуж. Вскоре мать родила брата — “я хорошо к нему относился, никогда не обижал, всегда защищал, а когда отчим бросил нас, то заботился о нем как отец”. Брак матери не сложился. “Сначала все было хорошо. Правда, отчим первое время относился ко мне настороженно и даже враждебно, я был для него подкидышем. Так было, пока он не пил. Постепенно он стал злоупотреблять спиртным, все чаще приходил домой пьяным. Тогда становился злобным, всех нас бил, очень ревновал мать, постоянно подозревал ее в измене. Мать любила его, была подавлена его поведением. Когда он от нас ушел, она очень грустила, жалела его, пробовала возвратить в семью, однажды вместе с нами ходила к нему, но он никак не хотел возвращаться. До сих пор он живет один. Брат с ним никаких контактов не поддерживает”. Источником сексуального просвещения были ровесники и “какие-то книжки”. Биологическое созревание завершилось к 17 годам. В 18—19 лет появились поллюции, воспринимал их как нормальное явление. При неоднократном повторении вопросов в разной формулировке — мастурбацию и эротические сновидения отрицает. Сексуальная инициация в 17 лет в парке с сексуально неопытной партнершей. После этого у него с ней же было еще два сношения, которые, как и первое, считает удачными. Затем с этой партнершей расстался, так как они жили в разных городах и встречи были затруднены. До брака имел еще двух сексуальных партнерш, половую жизнь с которыми расценивает как успешную. За одной из них “ходил почти целый год, а она все отказывалась, но потом согласилась”. В 18 лет женился. Жена с самого начала половой жизни проявила большой сексуальный темперамент, желала ежедневной близости. Всегда подозревала его в измене, особенно подозрения усилились с 1963 года, когда у жены была первая беременность, во время которой у нее диагностировали шизофрению. Внебрачные связи категорически отрицает. Половые сношения совершали в классической позиции, предварительные ласки были непродолжительными (“жена этого не любила”). Считает, что все сексуальные партнерши получали с ним половое удовлетворение и достигали оргазма. О наступлении оргазма у них узнавал по “помутнению взора, напряжению всего тела, резкому прижатию ко мне лоном”. До рождения второго ребенка противозачаточных средств и мероприятий не применяли. Позже в течение короткого времени использовал презерватив, но жена противилась этому, “поскольку ничего не чувствовала”, и стал практиковать прерванное сношение. На всем протяжении жизни какие-либо сексуальные расстройства и девиации отрицает. Собственную половую потребность на протяжении половой жизни характеризует следующим образом: “в начале половой жизни — 1 раз в неделю, а позже — 1 раз в две недели, а жена хочет

этого почти каждый день, чувствует себя неудовлетворенной, поэтому и обвиняет меня в таких вещах". Либидо сохранено. С 1970 года утренние эрекции отмечает очень редко. Дневные эрекции — "никогда не было". Очень редко бывают поллюции. Алкоголь сексуальность не стимулирует. Порнографией не интересуется ("это отвратительно"). На вопрос об оценке женщин отвечает после долгого раздумья, очень осторожно, медленно: "Мне трудно ответить на этот вопрос, особенно после таких переживаний". Черты женской привлекательности описывает таким образом: "красота, хорошая фигура, соблюдение личной гигиены, забота о своей внешности". Мужские черты — "ясный ум, моральное подчинение себе, пример для подражания". Употребление алкоголя — "пил редко, с приятелями, до беспамятства не упивался, это жена создает мнение, что я пьяница". На вопрос об инкриминируемых деяниях вновь категорически отрицает свою вину, демонстрирует возмущение такого рода сексуальным поведением, считает его ненормальным.

Соматическое обследование. Половые органы развиты и сформированы правильно. Яички в мошонке, нормальных размеров и консистенции. Брюшные, кремастерные и кавернозные рефлексы живые.

Психологическое обследование:

Шкала сексуальных возбудителей. Одобряет поцелуи и классическую коитальную позицию. Чувствует интерес и к другим позициям совершения полового акта. Оценка орально-генитальных действий — "это омерзительно и ненормально, для меня неприемлемо". Ласки клитора освидетельствуемому неизвестны, затрудняется с их оценкой.

Тест визуальной стимуляции. Проявляет живую реактивность, сопровождающуюся нарастающим половым возбуждением и эрекцией на демонстрацию изображений с различными видами половых контактов, в том числе и орально-генитальных.

Тест Роршаха. Выявляет хороший уровень интеллекта. Мышление конкретное, предметное. Выраженные черты подавления и вытеснения эмоций. В содержании ассоциаций доминирует сексуальная сфера, особенно связанная с женским полом.

Психорисунок. Рисунок образа мужчины — защитные черты, независимость, сила, подчеркнутая эротическая привлекательность, уступчивость, подчиненность. Рисунок образа жены — доминируют черты сексуальной привлекательности. Рисунок собственного "Я" — выраженная мужская роль. Сумма и взаимосочетание отмеченных черт не исключают наличия садистских тенденций.

Выводы. На основании вышеизложенного, данных материалов дела и медицинских документов прихожу к следующим выводам:

1) У С. имеется комплекс неразличения сексуального объекта в сочетании с садистскими и инцестными тенденциями.

2) Уровень полового влечения подэкспертного находится в границах нормы.

3) Исследуемый в начале жизни воспитывался в неполной семье (синдром отсутствия отца), что обусловило нарушение процесса социализации, особенно в связи с тем, что мать обследуемого, с которой он имел хорошую чувственную связь, подавляющее время проводила на работе. Первой значительной мужской фигурой в жизни С. был отчим. Обращает на себя внимание большое сходство в поведении обследуемого и отчима в семье. Представленные освидетельствуемым в процессе обследования сведения отображают наличие выраженных защитных позиций, в связи с чем они малопригодны для экспертной интерпретации. Отмечается значительное расхождение между декларированными обследуемым сведениями о своей сексуальности и ее характеристиками, выявленными в результате специальных исследований с применением проекционной техники. Эти исследования выявляют у подэкспертного значительные, хотя и находящиеся в границах нормы, сексуальные потребности, восприятие женщин в качестве сексуальных объектов, возможное наличие садистских тенденций. Под влиянием алкоголя могут усиливаться упомянутые тенденции и импульсивное поведение. Оргистическое сексуальное поведение обвиняемого с включением в совершаемые сексуальные действия собственных детей, является проявлением комплекса неразличения сексуальных объектов, характерного для некоторых случаев алкогольной деградации личности, для которой в свою очередь

характерна потребность в сексуальном допинге для развития достаточного уровня сексуальных реакций. Наличие защитных ответов обследуемого в оценке некоторых видов сексуального поведения может свидетельствовать о потребности в сокрытии собственных сексуальных наклонностей, а также о сохранности сознания в их оценке. Таким образом, можно считать, что в процессе совершения инкриминируемых действий С. сохранял способность к пониманию их значения, что косвенно подтверждается показаниями членов его семьи. Однако следует считать, что способность к управлению своими действиями у С. была частично ограниченна.

Глава V

Геронтофилия

В нашей практике встретилось четыре случая криминальной геронтофилии. В качестве примера приводим один из них.

Пример. По постановлению суда была произведена судебно-сексологическая экспертиза гр-на М., 33 лет, имеющего начальное образование, крестьянина, холостого, бездетного, ранее не судимого.

Обстоятельства дела. Гр-н М. обвиняется в том, что в нетрезвом виде через выбитое им окно проник в дом гр-ки В., 69 лет, которая, испугавшись, выбежала из дома и побежала в сторону леса с целью укрытия в нем. Но М. настиг ее и, угрожая лишением жизни, против воли гр-ки В. совершил с ней половое сношение.

Данные материалов дела. Из протокола допроса потерпевшей известно, что ночью она проснулась от сильного стука в дверь и услышала мужской голос: “Откройте, милиция”. Когда выглянула в окно, то увидела, что у дверей стоит мужчина, лицо которого было закрыто какой-то тряпкой. Дверь не открыла. Тогда мужчина выбил стекло в окне и полез в дом. В этот момент В. выбежала из дома через дверь и побежала в сторону леса. Мужчина быстро ее догнал и стал силой тащить в дом, говоря “идем в постель”. Затащил в дом, бросил на постель, задрал платье и нижнюю рубашку, лег сверху и пытался ввести половой член во влагалище, но это у него не получилось. Тогда В. посоветовала ему найти себе женщину помоложе, на что мужчина ответил: “И ты сойдешь”. Заставил потерпевшую взять член в руки и самой ввести его во влагалище. Сношение продолжалось минут пять. Потом велел вытереться принесенной им тряпкой. Раньше В. этого мужчину не знала.

Анамнестическое обследование. Подэкспертный сообщил, что, когда ему было 16 лет, умер отец. К отцу относился негативно, так как “он меня не любил, с детства лупцевал за все подряд”. Мать жива, сейчас ей 61 год, домохозяйка, имеет с ней духовное сродство, говорит, что она добрая женщина. Старший, на 6 лет, брат женился, когда освидетельствуемому было 16 лет, с тех пор живет отдельно от семьи, отношений с ним практически не поддерживает. Бывшую в семье атмосферу оценивает как нервозную и конфликтную. Из перенесенных заболеваний отмечает выполненную в 10-летнем возрасте операцию по поводу паховой грыжи и кардионевроз. В начальной школе учился хорошо. Взаимоотношения с ровесниками были нормальные. Каких-либо сексуально окрашенных воспоминаний из периода детства нет. Биологическое созревание в 16 лет. В этом возрасте был на два года осужден. Сексуальное просвещение получил в тюрьме. Под влиянием среды начал мастурбировать. Мастурбация до настоящего времени, ежедневная, при полной эрекции, без каких-либо эротических фантазий, семяизвержение достигается быстро. После освобождения из заключения остался жить и работать в городе, в котором отбывал наказание, так как стеснялся своей судимости. Потом вернулся жить к матери в село. Вспоминает, что мать в этот период времени стала вызывать эротические чувства. В эротических сновидениях видит совершение половых актов со значительно старшими его женщинами, в совершаемых во сне актах занимает активную позицию. Сексуальная инициация в 18 лет с 19-летней односельчанкой, которая в результате этой связи забеременела и родила от него ребенка (до сих пор выплачивает алименты). Течения инициации не помнит. В возрасте 23 лет изнасиловал

незнакомую 60-летнюю женщину (вторая сексуальная партнерша), за что был осужден на 8 лет. В заключении иной сексуальной практики, кроме мастурбаторной, не имел. Половое влечение направлено на женщин, “но не на молодых”. Половую жизнь с женщинами, за исключением описанных случаев, отрицает. Сексуальные потребности удовлетворяет путем мастурбации и зоофильньк контактов. Нравятся женщины старше 50 лет, объясняет это тем, что “они значительно опытнее”. Идеал женщины определил следующим образом: “Крепкое телосложение, загорелая, значительно старше меня”. Идеала мужчины определить не может. Половые расстройства отрицает. Хотел бы создать семью. Алкоголь употребляет с 17 лет, иногда он действует как сексуальный стимулятор. Отмечает выраженное возбуждающее воздействие порнографии.

Соматическое обследование. Правильного телосложения. Оволосение лобка по мужскому типу. Половые органы развиты и сформированы правильно, имеют нормальные размеры. Крайняя плоть смещается. Яички в мошонке, безболезненные. Брюшные рефлексы и рефлексы половых органов живые.

Психологическое обследование:

Тест Роршаха. Анализ ассоциаций позволяет утверждать, что у обследуемого имеется сильная концентрация мыслительных процессов на сексуальных проблемах, высокие сексуальные потребности, направленные на женский пол.

Тест визуальной стимуляции. Исследуемый проявляет низкий уровень сексуальной реактивности.

Психорисунок. Рисунок образа мужчины выявляет наличие слабых защитных позиций, доминируют черты физической силы на фоне черт сексуальной инфантилизации. Рисунок образа женщины — слабо контурирован, изображенные черты позволяют идентифицировать его с обликом пожилой женщины.

Поведение подэкспертного в ходе обследования. Контакт хороший, позиции сотрудничества. Полностью ориентирован. Фон настроения несколько снижен. Расстройств внимания, памяти и мышления, психотических расстройств нет.

Выводы. На основании данных материалов дела и проведенных исследований прихожу к выводам:

1)У подэкспертного имеется сексуальная девиация в виде геронтофилии, заместительная зоофилия.

2) М. обладает высоким уровнем полового влечения, который, однако, не выходит за границы нормы.

3) Анализ всех данных показывает, что у освидетельствуемого имелась ранняя геронтофильная гетеросексуальная ориентация полового влечения. Вероятной причиной ее развития были: негативные эмоции в связи с первым сексуальным контактом (отказ партнерши от брака с подэкспертным, выплата алиментов), эротический интерес к матери, страх перед связями с ровесницами в связи с неуверенностью в мужской половой роли. Зоофильные контакты носили заместительный характер. Позиции исследуемого в отношении имеющейся девиации не исключают возможности успешного лечения. Поведение обвиняемого в процессе совершения инкриминируемых действий не носило характера аффекта.

Глава VI

Синдром неразличения сексуального объекта

Данный синдром имеет много синонимов. Его, например, именуют полиморфной перверсией [12], многонаправленным нарушением полового влечения [194], а также синдромом недифференцированного сексуального объекта и синдромом нераспознания сексуального объекта. Наш опыт показывает, что в последнее время эта патология в судебно-сексологической практике встречается все чаще. Мы наблюдали шесть случаев подобных отклонений, один из которых приводим в качестве примера.

Пример. По постановлению Верховного суда Польши произведена повторная судебно-сексологическая экспертиза гр-на С., 21 года.

Обстоятельства дела. Гр-н С. обвиняется в том, что с 8-летней девочкой совершил похотливые действия с особой жестокостью, заключавшейся в том, что он пальцами разорвал стенки ее влагалища и промежность до прямой кишки, а затем с целью лишения жизни схватил ребенка за волосы и несколько раз ударил головой о бетонный пол и кафельные стены туалетной комнаты, причинив при этом тяжелую черепно-мозговую травму с давленым переломом костей свода черепа и частичным разрушением вещества головного мозга, приведшую к мгновенному наступлению смерти потерпевшей.

Данные материалов дела. Из заключения судебно-психиатрической экспертизы следует, что обследованный имеет патологическое развитие личности на фоне низкого интеллекта, хронического алкоголизма и сексуальных перверсий (педофилия, копрофилия, патологическая мастурбация). В отношении инкриминируемых ему действий в связи с заболеванием психики и под влиянием простого алкогольного опьянения имел значительно ограниченную способность в осознании собственных действий и в руководстве ими.

Из заключения судебно-сексологической экспертизы известно, что у обследуемого установлены обширные сексуальные нарушения, проявляющиеся главным образом в педофилии, ренифлексе и патологической мастурбации.

Из заключения повторной судебно-психиатрической экспертизы следует, что обследуемому установлено незначительное ограничение вменяемости по обеим диспозициям вменяемости в связи с наличием патологического развития личности — преморбидного психическому заболеванию состояния.

Из показаний обвиняемого: “На девочке была юбка, я ее поднял и ввел во влагалище палец. А перед этим я рассматривал ее тело, демонстрировал ей половой член (...). Половую жизнь начал в 18 лет. Сексуальные партнерши по возрасту были как старше, так и моложе меня. Были периоды длительного отсутствия половой жизни”.

Анамнестическое обследование. Отец жив, сейчас ему 50 лет, пенсионер. Про отца говорит, что он “сумасшедший”, при этом не дает каких-либо пояснений по поводу такого заключения. Матери в настоящее время 40 лет, “у нее хороший характер”, физически и психически уподобляется с ней. Связь с братьями и сестрами оценивает как хорошую. О периоде обучения в школе сообщить ничего не может. В детстве был свидетелем совершения полового акта родителями — “это зрелище меня возбудило. Больше всего запомнилось, как они дышали — во мне это засело и до сих пор волнует”. В 10-летнем возрасте играл с девочками, при этом “целовал их, обнимал, прижимал к себе”. Признаки полового созревания появились в 14 лет, тогда же начал мастурбировать “сначала раза 3—4 в неделю, а потом по несколько раз в день, от этого имел потертости на пологом члене”. Сопровождающие фантазии — “как прижимаю к себе девочек 12—14 лет, но бывает и взрослых женщин”. В подростковом возрасте имел половые контакты с курами, совершаемые при полной эрекции и завершавшиеся семяизвержением. “Очень любил наблюдать половое сношение между собаками — меня это здорово будоражило”. Сексуальная инициация в 18 лет “сразу с тремя женщинами, как это было не помню, так как был пьян, а трезвому мне не хотелось”. При инициации был и единственный в жизни оральный коитус. Уровень либидо оценивает как “большой”. Утренние, ночные и дневные эрекции, поллюции — частые. Алкоголизация выраженно стимулирует сексуальные потребности. Вопрос о наличии половых расстройств — “имею слишком маленький член”. Идеал женщины — “не знаю”. Идеал мужчины — “волосатый, сильный”. На вопрос о предмете дела отвечает: “Я только прижимал ее к себе, не раздевая, и дотрагивался через одежду вставшим членом, потом кончил”. Далее рассказывает, что “вообще любил поговорить с девочками о сексе, расспрашивал о половой жизни их родителей, возбуждался при этом, член деревянел и наступало семяизвержение. Больше всего нравились девочки 10—12 лет, которые в этом ничего не понимали. Прикасался к их половым органам всегда только через одежду. Это делал несколько лет с разными девочками. Еще любил нюхать место, на котором только что сидела девочка или женщина. Видел, как в парке с лавочки встала женщина, подходил туда и нюхал, чувствовал этот запах за версту”.

Соматическое обследование. Правильного телосложения. Оволосение лобка по мужскому типу. Половые органы сформированы и развиты правильно, имеют

нормальные размеры. Крайняя плоть закрывает головку полового члена и легко ее освобождает. На коже корня полового члена гнойничковые высыпания. Яички в мошонке, безболезненные. Брюшные рефлексы и рефлексы с половых органов живые.

Психологическое обследование:

Проекционный тест Старовича. От кодирования образов девочки, женщины и мужчины отказывается, мотивируя отказ сложностью задания. После неоднократных объяснений смысла задания провел кодирование образа собственного “Я” только по трем категориям из предложенных шести.

Тест визуальной стимуляции. Заинтересован исследованием. Эрекция возникает на демонстрацию любых видов сексуальных раздражителей, в том числе и девиантных. Наивысшая реакция четко прослеживается при демонстрации сюжетов педофильного содержания.

Психорисунок. Рисунки образов мужчины и собственного “Я” отображают защитные позиции, в обоих случаях сексуальные черты обозначены слабо. Рисунок образа женщины выявляет его большую значимость для обследуемого, но сексуальные черты обозначены также слабо.

Поведение обследуемого в процессе экспертизы. Полностью ориентирован. Психотической симптоматики не выявляет. Ответы контролируемые, осторожные. Соблюдает сдержанную дистанцию по отношению к эксперту.

Выводы. На основании данных материалов дела, в том числе принимая во внимание результаты предшествующих судебных экспертиз, а также на основании произведенных исследований прихожу к выводам:

1) У подэкспертного имеется синдром неразличения сексуального .объекта и гетеросексуальная педофилия на фоне высокого уровня полового влечения (находящегося, однако, в пределах нормы).

2) Анализ всех данных свидетельствует о том, что у обследуемого рано пробудилось сексуальное чувство. Одной из причин этого явилось наблюдение подэкспертным в детстве за половой жизнью родителей. Высокий уровень либидо, разбуженного ранним интересом к половой жизни, при наличии слабого самоконтроля, повлияли на развитие сексуальной реактивности, весьма дифференцированной по эротическим объектам и формам сексуальной стимуляции. Наличие комплекса маленького полового члена и слабая аутоидентификация с мужской половой ролью способствовали направлению сексуальных потребностей и поведения в сторону такой компенсации сексуальности, которая была менее угрожающей для обследуемого, нежели нормальные гетеросексуальные контакты. Таким образом, упомянутые объекты и формы сексуального поведения, охарактеризованные наименованием синдрома — неразличение сексуального объекта, носили для подэкспертного заместительный защитный характер. Постепенно сексуальное поведение С. эволюционировало в направлении развития гетеросексуальной педофилии, которая стала доминирующим проявлением указанного синдрома. Высокий уровень сексуальной реактивности, синдром неразличения сексуального объекта при слабом самоконтроле на фоне патологического развития личности способствовали возникновению состояния сильного полового возбуждения со стремлением к его разрядке в наиболее доступной в данный момент форме, например, в форме мастурбации, педофильного поведения и т.д.

3) Сексуальное поведение обследуемого связано со способностью понимания значения совершаемых действий, но способность управления такими действиями у него ограничена. Степень этого ограничения может быть установлена судебно-психиатрической экспертизой.

4) Поведение С. в процессе совершения инкриминируемых действий соответствует установленному синдрому с эволюцией психосексуальной ориентации обследуемого в сторону гетеросексуальной педофилии. Агрессивное в отношении жертвы поведение обвиняемого не носит сексуальной окрашенности и не может свидетельствовать о наличии у него специфической сексуальной девиации — садизма, так как в результате произведенного обследования ни разу ни в одном из примененных методов исследования у него не выявлялось каких-либо характерных для этой девиации признаков. Однако теоретически черты данной девиации могут быть включены и в объем проявлений

синдрома неразличения сексуального объекта. Поэтому в данном конкретном случае можно только предположить, что агрессивное поведение обвиняемого носило либо парасексуальный характер на фоне личностных расстройств, либо действительно являлось премьерой симптома сексуального садизма в рамках симптомо-комплекса сформированного синдрома неразличения сексуального объекта.

С нашей точки зрения, очень интересен приведенный ниже и уже описанный в литературе случай, который позволяет рассмотреть не только некоторые этиопатогенетические аспекты сексуальных девиаций, но и определенные методологические аспекты судебной экспертизы в случаях сексуальных преступлений [194].

“Постановлением одного из воеводских судов в 1969 году в психиатрическую клинику Кракова для судебно-психиатрического обследования был помещен гр-н Л., 60 лет, крестьянин, закончивший три класса начальной школы, женатый, отец 10 детей, ранее не судимый. Обвинением ему вменялось совершение в 1965 году похотливых действий со своей 14-летней дочерью, состоявших в насильственном совершении половых актов, а также совершение в 1968 году похотливых действий с двумя девочками, заключавшихся в актах эксгибиционизма со стороны обвиняемого.

Из материалов уголовного дела, данных анамнестического обследования обвиняемого и членов его семьи, результатов произведенного обследования, известно следующее. Обвиняемый родился в психически не отягощенной крестьянской семье, был средним из шести братьев и сестер. Родители жили в согласии, материальное состояние семьи было удовлетворительным. Развитие в детстве без особенностей. Школьную программу усваивал плохо, рано начал “ходить на заработки” в окрестные села. Самостоятельность приобрел, когда в 25 лет женился “по рассудку”. С женой имели большое хозяйство, периодически нанимался на работу. Свыше 30 лет супружеская жизнь складывалась хорошо, несмотря на то, что дома доминировала жена и “был вынужден ей уступать”. Половая жизнь и сексуальное партнерство удовлетворяли обоих супругов, половые акты совершали почти ежедневно, протекали они нормально. С 1965 года в связи с произошедшим в семье конфликтом на почве сексуальных притязаний обвиняемого к собственной дочери жена резко ограничила частоту интимной близости. До этого времени в среде ближайшего окружения поведение Л. не вызывало озабоченности и нареканий. Напротив, он характеризовался как веселый, дружелюбный, уравновешенный, выдержанный, хозяйственный, религиозный, хороший муж и отец семейства, “может, только излишне интересовался женщинами”. Никогда не замечали у него и каких-либо психических расстройств. Летом 1965 года, находясь дома наедине со своей несовершеннолетней дочерью, изнасиловал ее и пригрозил, что убьет, если она об этом кому-нибудь расскажет. Несмотря на предупреждение, девочка рассказала о случившемся матери, и та, по совету родственников и стыдясь огласки происшедшего, решила воздержаться от заявления в правоохранительные органы. Однако, когда поведение мужа стало постепенно невыносимым для домочадцев и других жителей деревни, она такое заявление сделала.

Отмечавшиеся у Л. нарушения поведения вначале носили главным образом сексуальный характер: жена неоднократно заставала его на скотном дворе во время совокупления с коровой и телятами; жители деревни видели его купающимся в обнаженном виде с маленькими детьми обоего пола, или прогуливающимся с демонстративно обнаженным половым членом, перевязанным красным бантом; дети рассказывали о том, что он поощрял их (и мальчиков, и девочек) к “согреванию руками озябшего члена”, а один раз помочился “для забавы” на лицо маленького сына соседа.

В этот же период времени заставлял жену ежедневно сильно бить его скалкой по ягодицам до появления крови, а когда жена пыталась отказаться от этого, то избивал ее, бросил в нее топор и пригрозил убийством. В другой раз попросил двух мальчиков отхлестать его прутьями, а в награду за это разрешил им рвать яблоки в своем саду. С женщинами вел себя цинично, вульгарно, часто приставал к ним с непристойностями.

Помимо описанного поведения в семье заметили, что у Л. изменился характер: стал нервозным, вспыльчивым, раздражительным, все чаще провоцировал семейные скандалы, гонялся за домочадцами с ножом и топором, грозил, что всех убьет. Особенно

часто подобные ситуации возникали, когда члены семьи пытались повлиять на поведение обвиняемого или уговаривали его обратиться к врачу. Своего поведения Л. никогда не оправдывал, лишь безапелляционно твердил, что “имею право делать все, что хочу”.

На следствии Л. свою вину не признавал и утверждал, что домашние нарочно все придумали, чтобы выжить его из дома и завладеть его состоянием, а сам он “совершенно в своем уме и не имею никаких болезненных ненормальностей”. Поскольку вменяемость обвиняемого вызывала сомнения, то ему была произведена судебно-психиатрическая экспертиза. После месячного наблюдения в условиях психиатрического стационара эксперты-психиатры диагностировали у Л. “черты сексуальной психопатии, манифестировавшие в климактерическом периоде” и установили, что “в момент совершения инкриминируемых ему преступных действий обвиняемый был способен понимать значение совершаемых поступков, а его способность к управлению ими была в незначительной степени ограниченна”. В результате проведенного в ходе экспертизы неврологического, рентгенологического, электроэнцефалографического и других методов обследования выявить у подэкспертного органическую патологию центральной нервной системы не удалось. Пневмоэнцефалографическому исследованию Л. не подвергался. Это экспертное мнение было поддержано в суде и другими экспертами-психиатрами. Суд первой инстанции признал Л. виновным в совершении инкриминируемых действий и приговорил его к трем годам лишения свободы. Однако по кассационной жалобе адвокатов воеводский суд приговор отменил и постановил возобновить судебное разбирательство данного дела с назначением повторной судебно-психиатрической экспертизы, которую рекомендовал поручить другим экспертам.

При производстве повторного судебно-психиатрического стационарного обследования Л. в психиатрической клинике Краковской медицинской академии было, помимо выявленного ранее, установлено следующее. Обвиняемый хорошо ориентирован в месте, времени и ситуации. Не считает себя психически больным и постоянно утверждает, что, как он сам, так и вся его семья, — “это люди с железным здоровьем”. Бредовых идей не высказывал, галлюцинации не выявлено, фон настроения преимущественно повышенный. В клинике болтлив, вязок, шутки чаще вульгарные, похваляется своими сексуальными возможностями и успехом у женщин, некритичен к себе, фамильярно и агрессивно ведет себя с женским персоналом клиники и малолетними пациентами в клубе для больных. Замечания о неуместности подобного поведения вызывали то раздражение и гнев обследуемого, который при этом нецензурно бранился и обзывал персонал, то резко понижали его настроение вплоть до слезливости.

В беседе с врачами многократно возвращался к рассказам о своих эротических переживаниях, сообщая при этом самые интимные, а иногда и непристойные подробности половой жизни. Вместе с тем эти откровения никогда не затрагивали инкриминируемых действий, на тему которых говорил неохотно, занимал защитную позицию. Признавал, что заставлял жену бить его по ягодицам палкой — “мне от этого было хорошо, так как разогревало тело”. Об отношениях с дочерью говорил: “Может, что-то там и было, но не сношение. А, впрочем, не помню, был сильно пьян и очень хотел спать”. Другие, описанные членами семьи и иными свидетелями, действия категорически отрицал, подчеркивая, что, помимо сильного полового влечения, никаких сексуальных отклонений не имеет.

В связи с тем что наблюдаемое в клинике поведение обследуемого склоняло к мыслям о наличии у него органической психопатологии, повторно было произведено тщательное обследование подэкспертного с помощью специальных и лабораторных методов исследования. Проведенное психологическое исследование показало, что уровень интеллекта обвиняемого снижен до пограничного с умственной отсталостью. В процессе неврологического обследования было выявлено понижение обоняния, ослабление сухожильных и периостальных рефлексов с правой нижней конечности. Электроэнцефалографическое исследование установило общее снижение вольтажа и деформации тета-волн, усиление после стробоскопии количества свободных элементов в передних отделах обеих височных долей мозга. При исследовании спинномозговой жидкости: цвет и прозрачность в норме; цитоз 11/3; белок 0,83%; реакции: Нонне-

Апельта (+), Панди (+ +), Вейхбродта (+). При обзорной рентгенографии черепа в передней черепной ямке в средних отделах выявлен очаг мелкозернистого обызвествления размерами 4 х 3 х 3 см. При пневмоэнцефалографии не установлено смещения желудочковой системы мозга по осям координат, но при этом отмечается выраженная деформация переднего рога правого бокового желудочка и его смещение вверх и кнаружи, что характерно для наличия опухоли правой лобной доли головного мозга. Другие произведенные исследования, в том числе и офтальмологическое исследование, не добавили новой информации и не выявили иной патологии со стороны центральной нервной системы. Обнаруженные изменения позволили экспертам обосновать диагноз обусловленного опухолью головного мозга психоорганического синдрома с сексуальными нарушениями”.

Таким образом, у ранее здорового мужчины в зрелом возрасте впервые были замечены качественные и количественные нарушения сексуального влечения, постепенно нараставшие в следующем порядке: усиление либидо, инцест с несовершеннолетней дочерью, содомия, эксгибиционизм, гетеро- и гомосексуальная педофилия, мазохизм с чертами садизма, копролалия. Причем два из них — инцест и публичное совершение развратных действий с малолетними — привели Л. к конфликту с законом. Только при производстве повторной стационарной судебно-психиатрической экспертизы в процессе многопланового обследования обвиняемого была установлена органическая природа этих явлений. Решающее значение для диагностики имело проведение рентгенологических методов исследования.

Эксперты-психиатры, диагностировавшие в процессе первичной судебно-психиатрической экспертизы у Л. сексуальную психопатию на фоне климакса, разделили взгляды исследователей, считающих, что связанные с психопатологией сексуальные отклонения не могут обосновывать ограничения вменяемости или невменяемости. Нами уже упоминалось, что взгляды многих психиатров на судебно-психиатрическую оценку сексуальных правонарушителей рознятся. Langenluddeke [183], например, считает, что с точки зрения судебной психиатрии все многообразие сексуальных преступлений можно объединить в одну группу и конкретный вид перверсии при этом не имеет никакого значения, поскольку не действия, а лишь личность преступника заслуживает экспертного внимания и оценки. По его мнению, больной с органическими изменениями головного мозга совершает свои действия просто под влиянием влечений, которым ему трудно противостоять, вне зависимости от сексуальной или иной природы этих влечений. Однако многие исследователи указывают на значение именно органического повреждения головного мозга в этиопатогенезе сексуальных отклонений, особенно некоторых из них.

Затрагивая проблему органической обусловленности нарушений сексуального влечения, Kretschmer подчеркивает значение в этиопатогенезе девиаций наличия постоянных патологических очагов поражения головного мозга, возникающих вследствие нейротравмы (в том числе и родовой) и нейроинфекции. Schorsch указывает на трудности дифференциальной диагностики сексуальных перверсий от приходящих изменений полового влечения и различных вариантов сексуальной нормы, в связи с чем призывает всегда учитывать возможность происхождения сексуальных расстройств на органическом фоне, отмечая, что в процессе развития именно органической патологии головного мозга часто наступает сексуальная деградация личности и нередко отмечается недостаточность процессов торможения при неизмененной силе полового влечения. Наличие подобной патологии может обусловливать возникновение эксгибиционистского и педофильного поведения, особенно при его манифестации в позднем возрасте. Этот тезис был подтвержден Sulestrowski и Wdowiak, которые на основе анализа 100 судебно-сексологических экспертиз пришли к выводу, что наиболее часто развратные действия с малолетними совершали именно преступники, имевшие органическое поражение центральной нервной системы. По их убеждению, несостоятельно понятие о так называемой “конституциональной педофилии”, так как эта девиация чаще является проявлением повреждения головного мозга. Опираясь на собственные наблюдения, Imilinski, Lesniak, Sulestrowski и Wdowiak подчеркивают, что у виновников сексуальных преступлений часто отмечаются органические изменения центральной нервной системы.

Обсуждая клинические проявления органических повреждений головного мозга различной этиологии и топографии, многие авторы обращают внимание на нарушение полового влечения при локализации этих изменений в области лобных долей мозга. Spett указывает, что у этой категории больных часто отмечаются дурашливость, эйфоричность, ослабленность волевых процессов, деформация ощущения такта, приличий и других этических норм поведения, нередко приводящая к открытым развратным действиям с детьми. Автор ссылается на высказывания Fausta, который считал, что преступность среди лиц с повреждением лобных долей значительно выше, чем среди имеющих повреждения головного мозга иной локализации.

Описывая типичные для повреждения лобных долей мозга изменения личности, Dreszer указывает на отсутствие у этих больных нарушений умственного развития. Bilikiewicz цитирует данные Lauberta, который в 1958 году изучил "14 случаев повреждения лобных долей, сопровождавшегося склонностью к несдерживаемой половой распущенности или эксгибиционизму" и установил в половине этих случаев повреждения, локализовавшиеся в области свода, а в другой половине — в области основания лобных долей, причем у всех этих больных отмечалась импульсивность девиантного поведения. Указанные данные позволяют предположить, что в описанных случаях речь идет не только о нарушении процессов торможения и возбуждения, но и об их регрессе вплоть до исходного филогенетического уровня.

Bilikiewicz[*Все указанные здесь авторы цитируются по упомянутой публикации [194]] подчеркивает также высокую диагностическую ценность такого симптома, как мория, считая его характерным для опухолевого и другого повреждения области лобных долей мозга. Опухоли подобной локализации могут длительное время не сопровождаться повышением внутричерепного давления или количественными нарушениями сознания. В этих случаях проявления мории могут оказать помощь и в плане установления локализации поражения мозга.

Рассмотренный пример возникновения в пожилом возрасте у Л. сексуальной патологии на фоне органического поражения лобной доли мозга подтверждает правоту взглядов указанных исследователей. Кроме того, нам кажется, что столь подробный анализ приведенного случая позволит уберечь врачей от возможных ошибок при экспертизе с подобными нарушениями полового поведения.

Глава VII

Бракоразводные дела

Произведенные нами 40 судебно-сексологических экспертиз по бракоразводным делам имели следующие характеристические особенности:

1. Время продолжительности брака у сторон составляло менее одного года — 4 случая, 2—3 года — 16 случаев, 4—10 лет — 10 случаев, свыше 10 (чаще около 20 лет) — 10 случаев.

2. Сексуальные расстройства, установленные при обследовании супружеских пар, характеризовались следующими показателями:

синдром сексуальной неприспособленности — 18 случаев;
сексуальная аверсия к мужу — 10 случаев;
диспареуния — 4 случая;
расстройства эрекции полового члена — 4 случая;
слишком раннее семяизвержение — 2 случая;
гипосексуальность — 4 случая.

В одном из случаев обвинения мужа в импотенции было нами опровергнуто, а в другом случае действительной причиной развода оказались несексуальные мотивы, хотя первично была объявлена сексуальная причина расторжения брака.

3. В большинстве случаев при продолжительности брака менее 5 лет был выявлен комплекс сексуальной неприспособленности супругов с дальнейшим развитием сексуальной аверсии. В тех же случаях, когда брак длился свыше 10 лет, отмечались

сексуальные расстройства вторичного характера (например, послеродовая диспареуния, расстройство эрекции и т.п.), а если и имелись первичные сексуальные расстройства (слишком раннее семяизвержение, неполная эрекция и т.п.), то они провоцировали сексуальную аверсию у партнерш.

4. Исследованные браки в 18 случаях характеризовались дисгармонией партнерской связи, в 15 случаях были глубоко конфликтными, а в 6 — носили формальный характер. То есть во всех случаях речь шла не столько (а иногда и не только) о расстройстве сексуальных отношений, сколько о распаде всех отношений между супругами. Особо следует подчеркнуть, что ни в одном из этих случаев не предпринимались попытки к своевременному лечению сексуальных расстройств. Сплошь и рядом отмечалось откладывание начала лечения на потом (чаще под предлогом того, что “ничего в этих случаях не помогает”) или сокрытие своих сексуальных нарушений от супруга. Надо отметить, что определенную группу составляли случаи, в которых партнерша не желала сохранять брак с супругом даже при его излечении. Мотивировка жен в этих случаях была стандартной —“уж если сейчас ему необходимо такое лечение, то что же будет потом”. Иначе говоря, партнер воспринимался как обманщик, “неполноценный материал для мужа”, “бракованный мужчина”. Вместе с тем в многолетних браках нередко отмечались попытки одного из партнеров склонить супруга к лечению во имя спасения брака. Особенно драматичные ситуации возникали, когда при предъявлении супругами взаимных претензий в сексуальном плане одна из сторон пыталась доказать другой свою сексуальную состоятельность раскрытием тайны сексуально успешной внебрачной связи.

В браках, длившихся от нескольких недель до нескольких месяцев, основной причиной распада сексуальной связи являлся низкий уровень сексуального сознания и сексуальной осведомленности супругов, приводящий к разочарованию браком из-за того, что уже в самом начале совместной жизни не произошло удачных половых контактов.

Значительно чаще это встречалось среди супругов, не имевших до брака опыта половой жизни, а иногда и вообще какого-либо сексуального опыта. Неудавшееся половое сношение ломало образ партнера и приводило к разочарованию его мужественностью или женственностью. При этом в быстротечной семейной жизни отношения к партнеру нередко развивались по определенной схеме: неудовлетворенное сексуальное ожидание — разочарование личностью партнера — неприязнь к партнеру — аверсия.

В большинстве исследованных браков у мужчин отмечалась типичная защитная реакция в виде болезненного переживания сексуальных неудач, в которых они, однако, в первую очередь, или всегда, винили своих партнерш, одновременно завышая оценку собственной сексуальности и своего сексуального опыта, даже при наличии явных сексуальных расстройств. Подобные позиции нередко отображались и в поведении обследуемого в процессе экспертизы — похвальба сексуальным прошлым и другие подобные уловки, предпринимаемые с целью “хорошо выглядеть, как мужчина”.

При обследовании женщин на первый план в отношениях к партнеру выступали эмоциональные реакции: отвращение и ненависть, злоба и агрессивность.

При обследовании большинства пар приходилось сталкиваться с выдвижением партнерами прямо противоположных версий об их сексуальной связи и других сторонах совместной жизни, а также о причинах сложившейся ситуации. Кроме того, в кратковременных браках частой причиной распада сексуальной связи была борьба супругов за главенствующую роль в семье, а секс становился одной из форм этого соперничества.

В качестве иллюстрации приведем два примера судебно-сексологической экспертизы по бракоразводным делам, наиболее полно отображающих особенности этого вида экспертизы.

Пример 1. По определению суда произведена судебно-сексологическая экспертиза для установления:

действительно ли между сторонами имелись или имеются конфликты сексуального характера;

носит ли конфликт между сторонами действительно сексуальный характер;

укладывается ли в границы нормы сексуальное поведение истицы в процессе

супружеской жизни;

соответствуют ли супруги друг другу в сексуальном плане.

Обстоятельства дела. Из материалов дела следует:

1) Из иска о разводе: в браке после рождения у сторон в марте 1981 года дочери наступил полный разрыв. С этого времени ответчик морально и физически издевается над истицей, принуждая ее к половой жизни.

2) Из показаний истицы: “Моя совместная жизнь с супругом невозможна. Он многократно, на протяжении более полугода, принуждает меня к сношениям, когда я этого не хочу. В период беременности принуждал меня к совершению полового акта в рот. Ненормальные сношения были частыми, пробовал совершать половой акт и в задний проход. Половой жизнью до брака с ответчиком я не жила. Беременность наступила после первого полового сношения с мужем. Я страдаю загибом тела матки и поэтому половые сношения болезненны, но муж на это не обращал внимания даже тогда, когда я говорила ему о болях”.

3) Из показаний ответчика: “Это неправда, что я вынуждал жену к сношениям. Она действительно говорила мне, что после сношения чувствует боли. Я настаивал, чтобы она по этому поводу обратилась к врачу, но она не хотела, говорила, что стыдится”.

4) Из заключения консультативно-диагностического центра по вопросам семьи и брака: “Семейные отношения были ненормальными и до появления в семье ребенка. Истица по отношению к мужу настроена враждебно, обвиняет его во всех возможных грехах и пороках, в отсутствии характера, не считается с ним ни в чем, в том числе не считается и с его чувствами. По отношению к мужу занимает позицию притязаний, высказывается о том, что ни семейное положение, ни профессиональное и материальное положение мужа не удовлетворяет ее амбициям. Сконцентрирована на себе, склонна к преувеличениям, к своему поведению некритична. Ответчик занимает примирительную позицию, мягкий по характеру. Чувственная связь между супругами была разорвана истицей в одностороннем порядке...”

Сексологическое обследование ответчика. Сексуальная инициация в 19 лет. До жены было две сексуальных партнерши, связь с ними была удачной, с первой из них поддерживал отношения несколько лет. Половая жизнь с женой началась за 1,5 года до брака. Чувствовал “уважение к ее знаниям, твердому характеру”, нравилась и чисто внешне. Считает, что половая жизнь с ней разделяется рождением ребенка на два крайне противоположных периода. Ребенок был желанным для обоих супругов, искренне его любит. Первый половой акт с женой был совершен в прямую кишку (“оба находились в состоянии алкогольного опьянения и в позиции “сзади” произошло сношение в задний проход”). Этот вид сношения принимался женой и в дальнейшем неоднократно практиковался и в браке. Чувствовала ли жена при этом оргазм, ответить не может. Также часто практиковали и орально-генитальные контакты, как в форме взаимных ласк, так и в форме орального коитуса, производимого одновременно с оральной стимуляцией клитора. Оба супруга при этом достигали оргазма, семяизвержение всегда производил вне рта (“так как не ощущал в этом потребности”). Вагинальный коитус совершали в среднем один раз в неделю, продолжительность его была 20—30 минут. Сексуальные расстройства отрицает. Излюбленные формы сексуальной стимуляции: ласки тела жены, ее груди, нежные ласки со стороны жены, классическая позиция сношения. Любимые для жены формы сексуальной стимуляции: ласки сосков и клитора, вагинальный коитус. Оргазм у жены чаще наступал в процессе полового акта, но иногда и при ласках клитора. О наступлении оргазма узнавал по следующим признакам: напрягалась всем телом, прижималась, не хотела больше сношения. Считает, что с женой имеет одинаковый сексуальный темперамент и физиологически, в половом плане, они подходят друг другу. В послеродовом периоде совершили всего 3—4 половых акта, так как жена ощущала болезненность в ходе сношения. Дату последнего коитуса не помнит. В начале совместной жизни в качестве противозачаточного мероприятия использовал прерванное половое сношение, а после родов стал пользоваться презервативом, но жене это не нравилось. Декларирует любовь к жене и необходимость сохранения брака. В качестве причины распада семьи видит конфликтную ситуацию между родителями сторон, которая была перенесена женой на их брак. Активно ищет у эксперта помощи в спасении

брака.

Сексологическое обследование истицы. Менструации с 12 лет, регулярные, болезненные. Сексуальная инициация в 22 года с мужем. Сексуальную связь в браке оценивает как неудачную, мотивируя это эгоизмом мужа, его неспособностью к должному возбуждению партнерши (“он всегда и во всем думает только о себе”). До родов имели ежедневные сношения, и эта частота сначала ею одобрялась. Переживание оргазма отрицает — “поскольку это все происходит слишком быстро”. Утверждает, что не имеет любрикации, в связи с чем интроитус и первые фрикции всегда болезненны, в чем винит мужа (“он всегда слишком рано начинал”). Излюбленные формы сексуальной стимуляции: вежливое и нежное отношение мужа, длительные вступительные ласки, позиция классическая или на боку лицом друг к другу (“поскольку сношение при этом было менее болезненным”). Излюбленные мужем формы сексуальной стимуляции: ласки полового члена рукой, скорейшее достижение оргазма все равно каким способом, орально-генитальные контакты (“которые особенно часто навязывал мне в период беременности, принуждал меня к ним силой, в этом же стиле возбуждал и меня — я позволяла только для того, чтобы скорее отвязался”). Свой сексуальный темперамент оценивает как средний, считает, что после родов он уменьшился. После сообщенных сведений обследуемая добавляет, что все-таки испытывала оргазм, но не с самого начала половой жизни. Мужа до брака знала на протяжении 1,5 лет, при этом он нравился ей тем, что “был отзывчивый, помогал моим родителям, был внешне интересным мужчиной, на свидания всегда приходил с цветами, очень меня ревновал”. Следом сообщает, что когда она после родов стала отказываться от сношения и поворачивалась к мужу спиной, то он совершал с ней анальный коитус и делал это часто, хотя она и не хотела такой формы близости. Утверждает, что, несмотря на наличие у нее после родов болей при сношении, муж ежедневно практиковал его, причем “нормальным способом это было только два раза”, а в остальных случаях совершал с ней анальный или оральный коитус. Обвиняет мужа в том, что в процессе интимной близости “он хвалился тем, как у него это было с другими женщинами, говорил, что предпочитает более старших женщин, так как они опытнее”. Сообщает также, что “муж, наверно, психически ненормален, принимает большие дозы воздействующих на психику лекарств, бил меня, пробовал душить. Поэтому я его боялась и часто была вынуждена убегать с ребенком из дому”.

Соматическое обследование. Влагалище позволяет свободно ввести два пальца, насильственного сокращения мышц промежности и болей при этом не возникает. Выделения из влагалища обычного вида.

Тест Роршаха. У обследуемой возникают многочисленные ассоциации сексуального характера. Реагирование “сексуальным шоком” на таблицы VI и IX указывает на наличие проблем в сексуальной сфере.

Поведение обследуемой. В процессе экспертизы была напряжена, сконфужена. По отношению к мужу занимала агрессивную обвинительную позицию. Декларировала решительное нежелание сохранения брака.

Выводы. На основании анализа материалов дела и в соответствии с произведенными исследованиями прихожу к выводам:

1) Конфликты сексуального характера возникли у сторон после рождения в семье ребенка и были обусловлены диспареунией у истицы и нарастающей у нее чувственной неприязнью к мужу.

2) Помимо обычных половых контактов сексуальная связь сторон включала также анальные и оральные половые контакты.

3) Каких-либо данных о физическом несоответствии сторон к взаимной половой жизни не выявлено.

4) Ответы сторон по многим позициям крайне противоречивы и взаимоисключающи, особенно ответы истицы. Однако можно считать, что начальный этап половой жизни у супругов был удачным и приводил к взаимному удовлетворению. Трудно предположить, что основой сексуальных конфликтов были практикуемые оральные и анальные контакты, поскольку в период их совершения сексуальная связь не была прервана ни одной из сторон, а в процессе этих контактов обе стороны достигали

сексуального удовлетворения. Наиболее вероятно, что истинным источником конфликтной ситуации были несексуальные мотивы, но развитие у истицы послеродовой диспареунии усугубило ситуацию. Выдвигаемые истицей в процессе обследования обвинения собственного мужа в сексуальном эгоизме, эротомании и психическом неблагополучии не подтверждаются результатами обследования, в том числе и анализом сообщенных ею самой данных, и, следовательно, являются проявлением занятой истицей защитной обвинительной позицией.

Пример 2. Заключение судебно-сексологической экспертизы, произведенной по предложению суда в связи с бракоразводным процессом супругов С.

Обстоятельства дела. Из материалов дела известно следующее:

1) Из определения суда. “Истец вносит предложение о расторжении брака по вине ответчицы. В качестве обоснования сообщает, что после полугодового знакомства стороны заключили брак. Истец пробовал начать сексуальную жизнь с женой, но она физической близости избегала. Одновременно ответчица обратилась в церковный суд с заявлением о признании брака недействительным по вине мужа, который физически неспособен к продолжению рода. В связи с вышеизложенным, учитывая сложность дела, обусловленную наличием у сторон взаимоисключающего мнения о несостоятельности супруга в сексуальной сфере, суд постановил привлечь к участию в данном деле для дачи заключения в качестве эксперта специалиста в области сексологии и поручить ему научно рассмотреть вопрос о том, действительно ли у сторон имеются физические недостатки, делающие невозможной установление между ними сексуальной связи, и если таковые имеются, то могут ли они быть ликвидированы в процессе специального лечения”.

2) Из показаний свидетелей: Истец действительно говорил о том, что его жена холодна и неспособна к совместной жизни”.

Сексологическое обследование истца. Сообщает, что брак родителей был удачным, главой семьи был отец. Физически считает себя подобным матери, а психически — отцу. Дома была хорошая, спокойная обстановка. Отец жив, крестьянин, характеризует его как спокойного, не пьющего, рачительного. Обследуемый является младшим ребенком в семье, имеет трех братьев и сестру, с которыми до сих пор поддерживает хорошие отношения. В школе учился средне, контакты с ровесниками оценивает как успешные. Каких-либо сексуально окрашенных воспоминаний из периода детства нет. Сексуальное просвещение получил при чтении бульварных изданий (на вопросы о локализации у женщин эрогенных зон, о физиологии половой жизни, об особенностях женского оргазма — ответить не может). Половое созревание началось с 13 лет. С 16 лет до настоящего времени мастурбирует (в последние годы — спорадически), воображая при этом образы молодых красивых неконкретных женщин. С этого же возраста появились эротические сновидения, которые бывают не реже чем раз в две недели. В этих снах фигурируют ласки и половые акты с конкретными женщинами, оба партнера в которых активны. Сексуальная инициация в 20 лет с сексуально опытной ровесницей прошла успешно. Контакт с первой партнершей был однократным. До брака было 2—3 партнерши, во всех случаях — случайные знакомые, акты с ними происходили успешно. На вопрос о том, получали ли его партнерши половое удовлетворение, отвечает: “Да, потому, что они не сопротивлялись”. Совершал сношения в классической позиции, длительность их 2—3 минуты, всегда производил семяизвержение вне влагалища (“чтобы не накликать беду”). Имел установки на семейную жизнь и поэтому заключил брак с первой “подходящей” женщиной. Половых актов с ней никогда не было — “она говорила, что не хочет. Когда я пытался ее к этому склонить, говорила, чтобы я ее не трогал и не прикасался к ней”. Трижды предпринимал попытки сближения, но жена отвергала даже поцелуи и ласки. Имела ли она сексуальный опыт в прошлом — не знает. Уровень своего либидо оценивает как сильный. Адекватные эрекции развиваются очень быстро (“как только подхожу к женщине”). Утренние и ночные эрекции регистрирует, дневные — “изредка”. Редко бывают поллюции (сейчас не мастурбирует). Порнография воспринимается как сильный сексуальный раздражитель.

Соматическое обследование. Правильного телосложения. Половые органы нормальных размеров. Крайняя плоть не закрывает головку полового члена. Яички в

мошонке.

Психологическое обследование:

Тест визуальной стимуляции. На любые виды демонстрируемых изображений отмечается только минимальная реакция.

Шкала сексуальных возбудителей. Из многих вариантов сексуальных возбудителей отбирает только “поцелуй и прижатие”.

Психорисунок. Изображения образов мужчины и женщины совершенно не отличаются по фигуре и различаются лишь по подробно вырисованным несоразмерно большим половым органам.

Поведение в процессе обследования. Контакт хороший. Отвечал на все задаваемые вопросы. Проявил большой интерес к результатам экспертизы. Содержание и ход мышления правильные, психосимптоматики не выявляет. Подчеркивает утрату чувств к супруге, которую обвиняет в сексуальной несостоятельности.

Тест Роршахи. Скудное количество ассоциаций не позволяет произвести их интерпретацию.

Сексологическое обследование ответчицы. Брак родителей оценивает как успешный, главенствовала в семье мать. Чувствует себя физически и психически подобной ей. Характеристика личности матери — “спокойная женщина”. Имеет младшую на три года сестру. Родители относились к детям ровно, не выделяя кого-то из сестер. Каких-либо сексуально окрашенных воспоминаний из периода детства нет. Сексуальную информацию получила от матери и из романов. Менструации с 13 лет, регулярные. Гинекологические и эндокринные заболевания отрицает. Мастурбацию, эротические сновидения и половую жизнь отрицает. На вопрос о наличии полового влечения отвечает: “Да, когда думаю о браке и детях, то становлюсь какой-то нервной”. Однажды видела порнографию, но своих реакций на нее не помнит. До знакомства с будущим мужем встречалась с одним парнем. Свидания с ним сопровождались поцелуями и ласками, которые действовали возбуждающе, но страх перед беременностью привел к отказу от половой близости и разрыву отношений. Истца выбрала в мужья потому, что “он привлекал меня своим представительным, солидным внешним видом”. Отсутствие интимной близости с истцом до брака объясняет тем, что “он не предлагал, а я к этому не стремилась”. Ранее внимательный, после свадьбы муж “стал такой холодный. Были у него две попытки близости. Однажды проснулся ночью, щупал меня, потом лег сверху и неожиданно сразу слез и уснул”. Утверждает, что никогда не видела у мужа половой член в возбужденном состоянии, не замечала и семяизвержений. Начала нервничать по поводу его сексуальной способности, рекомендовала ему сходить к врачу, но “он не хотел об этом говорить, отворачивался от меня и засыпал, а утром вставал довольный, как ни в чем не бывало. Я вообще никогда не видела, чтобы он волновался”.

Соматическое обследование. Правильного телосложения. Оволосение лобка по женскому типу. Половые органы развиты и сформированы правильно. Какие-либо физические препятствия для совершения половых актов отсутствуют. Признаков вагинизма не выявлено.

Тест музыкальной стимуляции. Эротическая музыка вызывает неприятные ощущения. Эротическое воображение отсутствует.

Тест Роршаха. Скудное количество ассоциаций делает непригодным использование данного метода исследования.

Психорисунок. Рисунок образа мужчины носит инфантильные черты и не содержит эротических компонентов. Рисунок образа женщины содержит слабо и неуверенно обозначенные эротические черты, выражает доминирующую позицию женщины в отношении к мужчине.

Поведение в ходе обследования. Замкнута, неуверенна, испуганна. Расстройств мышления, памяти и внимания не выявляется. Полностью ориентирована.

Выводы. На основании анализа материалов дела и в соответствии с результатами проведенных исследований прихожу к выводам:

1) Оба супруга имеют синдром сексуальной неприспособленности. У истца отмечается пониженное половое влечение, у истицы — синдром непробудившейся сексуальности.

2) Стороны проявляют низкий уровень сексуального сознания. У истца низкий уровень либидо, что с учетом его биологического возраста обычно проявляется и в виде слабого сексуального темперамента. Ответчица же имеет низкую сексуальную потребность на фоне непробудившейся сексуальности. Обе стороны проявляют психосексуальный инфантилизм. Все это привело к тому, что имевшиеся пробы начала совместной половой жизни закончились неудачей, так как каждый из партнеров ожидал проявления инициативы от другого супруга и боялся сам проявить такую инициативу. Таким образом, причиной отсутствия сексуальной связи являются психогенные факторы, а не физическая невозможность партнеров к совокуплению. Если бы супруги вовремя воспользовались врачебной консультацией, то установление нормальных сексуальных отношений могло бы иметь место. Однако к настоящему времени общий конфликт между ними достиг такого уровня, что специфическое лечение, в принципе возможное, успеха в данной партнерской паре не гарантирует.

V

ПЕНИТЕНЦИАРНАЯ СИСТЕМА И СЕКСУАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ЗАКЛЮЧЕННЫХ

Негативное влияние изоляции в исправительных учреждениях на психосексуальное развитие и половую жизнь осужденных широко освещается в литературе, начиная с публикации в 1909 году работы Leppmanna. При этом основное внимание большинство авторов уделяет гомосексуализму, считая, что более 40% заключенных обоего пола поддерживают гомосексуальные контакты. Обследовав бывших заключенных, Giza [101] в 17,2% случаев установил у них гомосексуальную и бисексуальную направленность полового влечения.

Половые расстройства у лиц, отбывших наказание за совершение преступлений, не имевших сексуальной окрашенности, могут быть обусловлены различными причинами. Так Sikora [282] при обследовании заключенных в 89% случаев выявил признаки невротизации, у 71—80% обследованных отмечалось видоизменение зрелой и стабильной эмоциональности на лабильную и импульсивную, у 71% — нарушения межличностных отношений. Все эти факторы, а особенно последний из них, могут участвовать в этиопатогенезе сексуальных расстройств.

Panek [237] указывает на то, что наличие у значительного количества из обследованных им 160 заключенных негативного отношения к браку (50% рецидивистов и 35% осужденных впервые) является социально тревожным фактом. Богатые сведения о состоянии супружеской связи у осужденных на длительные сроки преступников содержатся в монографии Rzeplinski [270]. Из этой работы следует, что у данного контингента лиц отмечается очень широкий диапазон нарушений супружеской связи и значительный процент случаев распада брака. В трети случаев отмечалось прекращение или значительное ограничение контактов между супругами, 18% браков было расторгнуто, а в 21% случаев жены осужденных установили более или менее длительные внебрачные связи.

Из доклада о сексуальных проблемах заключенных [263] следует, что проблема сексуальной фрустрации является для них особо актуальной, а среди мер предотвращения ее развития в местах лишения свободы наиболее распространены мастурбация, вуайеризм, гомосексуальные связи (как в виде добровольньм контактов и гомосексуальной проституции, так и в виде гомосексуального насилия, вплоть до гомосексуальных убийств). Наиболее сложен в обсуждаемой проблеме вопрос о влиянии пенитенциарной системы на лиц, совершивших сексуальные преступления [421]. Высокий процент рецидива в этой группе свидетельствует о том, что наказание в виде лишения свободы не только не дает ожидаемых результатов, но и способствует закреплению преступного поведения. Совершенно естественно, что воздействие заключения на сексуальных преступников с дсвиантным поведением может носить только устрашающий, но никак не избавляющий их и общество от такого поведения

характер..

На основании собственного опыта эти проблемы представляются нам следующим образом:

1. Применение в качестве наказания лишение свободы (особенно на длительные сроки) приводит к развитию у преступников сексуальной фрустрации, возникающей из-за невозможности естественным путем отправлять свои сексуальные потребности, как это имело место до момента осуждения. Фрустрация стимулирует сексуальное воображение и таким образом способствует запуску защитных антифрустрационных механизмов по типу совершения мастурбаторных или гомосексуальных актов, имеющих заместительный характер. Только у части заключенных защитные механизмы начинают функционировать по пути саморегуляции организма в виде поллюций и временного снижения уровня либидо.

2. Упомянутые транзиторные гомосексуальные контакты у одних лиц являются действительно преходящими и ограничиваются только периодом лишения свободы, зато у других подвергаются закодированию и обусловливают длительную реализацию потребностей в такой форме. С социальной точки зрения это явление особенно опасно тем, что многие бывшие заключенные, возвращаясь на свободу, увеличивают в обществе аномально сексуально ориентированную прослойку, со всеми вытекающими из этого последствиями.

3. Вынужденный длительный перерыв в нормальной половой жизни приводит у многих бывших осужденных к негативным последствиям в половой жизни на свободе (расстройства либидо, эрекции и эякуляции; возникновение нетипичных, в том числе и девиантных, форм сексуального поведения; развитие синдрома сексуальной неприспособленности; развитие сексуальных проблем в браке, приводящих к супружеским конфликтам на сексуальной почве и распаду брачных отношений).

4. У лиц, совершивших сексуальные преступления, длительное заключение часто приводит к усилению агрессии в отношении объектов с той же половозрастной принадлежностью, что и жертвы совершенных преступлений. Особенно это характерно для отбывших наказание за изнасилование — женщина воспринимается ими как виновник наказания, унижения и сексуальной фрустрации. В первую очередь это актуально для лиц с патологическим развитием личности, у которых агрессия в отношении женщины может переориентироваться в агрессию к другим заключенным.

5. У осужденных за сексуальные преступления девиантного характера лишение свободы часто приводит лишь к закреплению девиации и появлению или росту агрессивности по отношению к объектам сексуального предпочтения.

В то же время практика показывает, что в некоторых случаях совершившие сексуальные преступления лица по отбытию наказания принимают решение противодействовать рецидиву девиантного поведения и по собственной инициативе обращаются за медицинской помощью по этому поводу, причем чаще суд приостанавливает приведение у таких лиц приговора в исполнение, при условии их лечения в специализированном сексологическом медицинском учреждении.

Принимая во внимание вышеизложенное, мы считаем, что для противодействия негативным последствиям тюремной изоляции в сексуальной и семейной жизни, обществом могут быть предприняты определенные меры. Например:

для понижения уровня либидо и сексуального напряжения у лиц, отбывающих наказание в заключении, с успехом могут применяться некоторые фармакотерапевтические методы. Более того, ряд лекарственных препаратов может облегчить осужденному период адаптации в новой обстановке и уменьшить у него уровень страха и агрессивности;

к положительно зарекомендовавшим себя заключенным в тех же целях, а также в целях переориентации неправильного сексуального поведения могут быть применены методы психотерапевтического воздействия;

предоставление заключенным возможности (даже периодической) поддержания сексуальной связи с постоянными партнершами, особенно в тех случаях, когда партнерши проявляют позитивное отношение к осужденному, а установленные с ними связи являются удачными, будет способствовать не только профилактике сексуальных

расстройств и разводов, но и способствовать сокращению преступности;

сексуальное просвещение, методически проводимое в исправительных учреждениях, в процессе которого в том числе раскрываются и механизмы возможного закрепления заместительного девиантного поведения, будет способствовать не только правильному психосексуальному развитию заключенных, но и служить профилактике сексуальных расстройств и гомосексуального поведения, поможет в дальнейшем лучшей сексуальной и социальной адаптации в условиях свободы;

в некоторых случаях должны изыскиваться и возможности для проведения в условиях изоляции от общества специализированного сексологического лечения заключенных, нуждающихся в нем в связи с наличием тех или иных сексуальных расстройств или каких-либо девиантных отклонений в сексуальном поведении и добровольно желающих от них избавиться. Оказание подобной медицинской помощи могло бы в значительной мере противодействовать рецидивам сексуальной преступности и сексуальной дезадаптации заключенных;

всем указанным целям должна служить собственно пенитенциарная политика государства, при условии ее проведения соответствующим образом: сортировка заключенных, с целью профилактики насилия и деморализации в местах лишения свободы, организация в исправительных учреждениях разумного распорядка жизни и создание приемлемых условий труда, быта и отдыха интернированных лиц и т.п.

Приложение

Некоторые показатели преступности в СССР (по данным МВД СССР и Госкомстата СССР) [*Составл. ред. по опубликованным данным (Известия Советов народных депутатов, 1989, № 46; Аргументы и факты, 1989, № 7; Комсомольская правда, 1989, № 86; Социологические исследования, 1989, № 1, с. 59—66).]

К - Количество преступлений

Р - Темпы прироста

Т - Среднее время, в которое совершалось одно преступление

Год	1985		1986		1987		1988		
-	К	Р	К	Р	К	Р	К	Т	Р
ПОКАЗАТЕЛИ									
ИЗНАСИЛОВАНИЕ									
(с покушением)	-	-10,0	-	-4,7	16765	-9,5	17658	30 мин	+5,3
Из них уличные	-	-	-	-	-	-	-	-	+17,3
УМЫШЛЕННОЕ УБИЙСТВО									
(с покушением)	-	-8,7	-	-20,7	14651	-1,2	16710	32 мин	+14,1
Из них уличные	-	-	-	-	-	-	-	-	+35,6
совершенные лицами моложе 30 лет	-	-	-	-	5627	-	6425	-	+14,2
совершенные в местах лишения свободы	-	-	-	-	275	-	238	-	-
УМЫШЛЕННОЕ ПРИЧИНЕНИЕ ТЯЖКОГО ТЕЛЕСНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ	-	-13,5	-	-24,3	28250	-2,9	37191	14мин	+31,6

Из них уличные	-	-	-	-	-	-	-	-	+67,0
совершенные лицами моложе 30 лет	-	-	-	-	10092	-	10965	-	+8,7
совершенные в местах лишения свободы	-	-	-	-	462	-	437	-	-
ОБЩЕЕ ЧИСЛО ПРЕСТУПЛЕНИЙ	-	+2,7	-	-4,6	1798523	-9,5	1867223	-	+3,8
Из них: преступления, связанные с наркотиками (осужденные)	25600	-	33600	-	26800	-	-	-	-6
совершенные в состоянии алкогольного опьянения									
совершенные в состоянии алкогольного опьянения	-	-	-	-	362 096	-	-	-	-
(в том числе лицами моложе 30 лет)	-	-	-	-	(25,1%)	-	(29,5%)	-	+4,4
совершенных ранее судимыми лицами	-	-	-	-	302802	-	-	-	-
(в том числе подростками)	-	-	-	-	-	-	-	-	+16,4
совершенных несовершеннолетними (в том числе)	-	-	-	-	183953	-	-	-	-
школьниками	-	-	-	-	-	-	47 400	-	-
в возрасте 14-15 лет обоего пола	-	-	-	-	(22,0%)	-	(28,4%)	-	+6,4
(девочками-подростками)	-	-	-	-	-	-	-	-	+443
учащимися ПТУ	-	-	-	-	-	-	63 100	-	-
лицами в возрасте 18-24 лет	-	-	-	-	-	-	(20.0%)	-	-
ГОРОДСКАЯ ПРЕСТУПНОСТЬ (города и поселки городского типа)	-	-	-	-	-	-	-	-	+9,5
УРОВЕНЬ ПРЕСТУПНОСТИ (на 100 тыс. населения)	-	-	-	-	-	-	657,1	-	+17,8

Список литературы

А. ПРИВЕДЕННОЙ АВТОРОМ

1. F. Abraham: Les perversions sexuelles, BUS Productions de Paris, 1969.

2. D. Abrahamsen: Report on study of 102 Sex Offender as submitted to governor, Thomas K. Dewey, New York 1950.

3. Ch. Adams — Tucker: Proximate effects of sexual abuse in childhood: a report on 28

children, Amer. J. Psychiatry 1982, 139, 10 s. 1252—1256.

4. M. Akhtar: Sexual disorders in male alcoholics, w: Madden, Walker and Kenyoon (eds): Alcoholism and Drug Dependence, Plenum Press, New York 1977.

5. S. Akhtar: Schizophrenia and sexuality, J. Clin. Psychiatry 1980, 41, 4, s. l34-142.

6. C. Alien: A textbook of psychosexual disorders, Oxford — London 1969.

7. S. Ambrosino: Phobic anxiety-depersonalization syndrome, N. Y. State J. Med. 1973, 73, 419, 4.

8. American Psychiatric Association: Dignostic and statistical manual of mental disorders DSM-III, D. C. APA, Washington 1980

9. M. Amir: Alcohol and forcibile rape, British J. of Addiction. 1967, 62, s. 219-232.

10. S. Arieti: Sexual problems of the schizophrenic and preschizofrenic, w. N. Sandier (eds.): Sexual behavior: Pharmacology and biochemistry. Raven Press, New York 1975, s. 277-282.

11. M. Atkenson, K. Calhoun: Victims of rape: repeated assesment of depresive symptoms, J. of Consulting and Clin. Psychology, 1982,50, s. 96—102.

12. J. Bancroft: Grundlagen und Probleme menschlicher Sexualitat, Enke Veriag, Stuttgart 1985.

13. R. Baron: Aggression, w: H.Kaplan. A.Freedman, B.Sadock: Comprehensive textbook of psychiatry, Williams and Wilkins, Baltimore — London 1980, Vol. III. 1, s. 409-424.

14. N. Barvin S. Belisle (eds.): Adolescent Gynecology and Sexuality, Masson Publ. USA, INC, New York 1982.

15. J. Bastami: Treatment of male genital exihibitionism, Comprehensive Psychiatry, 1976, 17, 6 769—775.

16. R. Bath: Homosexuality, British Med. J. 283, 1981, 768-769.

17. D. Batten: Incest — a review of the literature, Med. Sic. Law, vol. 23,1983, 4, 245-253.

18. M. Baurman: Sexualitat, Gewalt und psychische Folgen, Kriminalistik, Hamdurg, 1981, 7—8, 278—281.

19. R. Beaumont: Alcoholism, Child molestation and child abuse w: G. Forrest (ed.): Alcoholism and Human Sexuality, Ch. Thomas Illionis, USA 1983, s. 242.

20. M. Beisert: Centracja w komunikacji interpersonalnej jako przyczyna czynnosciowych dysfunkcji seksualnych, w: Sbomik praci Ceske sexuologicke spolecnosti z mezinarodni ucasti, Opava 1982, s. 131—151.

21. J. Benward: Incest as a causative factor in antisocial behavior, “Contemporary Drug Problems” 1975, 4, 323-340.

22. A. Berardi: Effects of sexual arousal on schizophrenices, J. of Clin Psychology 1977, 33, 105-109.

23. E. Bergler: Homosexuality: Disease or Way of Life?, Collier Books, New York 1956.

24. I. Bieber: Homosexuality. A psychoanalytic study, Basic Books, New York 1962.

25. T. Bilikiewicz, Psychiatria kliniczna, PZWL, Warszawa 1970.

26. T. Bilikiwicz, K. Imielinski (red.): Seksuologia kliniczna, PZWL, Warszawa 1974.

27. C. Blair, R. Lanyon: Exhibitionism: etiology and treatment, “Psychological Bulletin” 1981, 89, s. 439—463.

28. E.Bohm: Lenhrbuch der Rohschach-Psychodiagnostik, Bern — Stuttgart 1957.

29. F. Boiler, E. Frank: Sexual dysfunction in neurological disorders Raven Press, New York 1982.

30. J. Bomba J. Godlewsld: Przyczynek do zagadnienia transseksualizmu, Psychiatr. Pol. 1968, nr 3, s. 271—275.

31. H. Bonheur, R. Rosner: Sex offenders: diagnosis, organicity and intelligence, J. Forensic Scienc. Philadelpia 1981, 26, s.4.

32. H. Bramley: Non — consumation of marriage treated by members of the Institute of Psychosexual Medicine: a prospective study, Brit. J. of Obstetrics and Gynecology 1983, vol. 90, s. 908-913.

33. G. Brindley. Cavernosal alpha — bolckade: a new technique for investigating and treating erectile impotence, Brit. J. Psyeniatry 1983,143, s. 332-337.

34. B. Brooks: Proedipal issues in a postincest daughter Amer. J. of Psychotherapy, 1983, Vol. XXXVII, 1 s. 129—136.

35. M. Brown: Incest cyt za: A. Podgorecki: Patologia zycia spolecznego, PWN, Warszawa 1969.
36. Ch. Brown: Paraphilias — Sadomasochism, Fetishism, Transvestism and Transsexuality, Brit. J. Psychiatry 1983, 90,227-230.
37. D. Browning, B. Boatman: Incest - childern at risk, Amer. J. of Psychiatry 1977,134, s.69-72.
38. B. Bruschek: Przestepczosc, brutalnosc i agresja demonstrowane w telewizji a reakcje widzow, “Psychiatria Polska”, 1976, torn X, 6, s. 683—687.
39. A. Burgess, R. Hazelwood: Autoerotic asphyxial deaths and social ncwtork response, Amer. J. Orthopsychiatr. 1983, 53,1, s. 166-170.
40. G. Burrows: Handbook of studies on anxiety, Elsevier Biomedical Press, Oxford 1980.
41. A. Campbell: Gender und Crime, w: Ihsan Al-Issa (ed): Gender and psychophatology. Academic Press, New York 1982, s. 237-254.
42. F. Caprio: Female homosexuality: a modern study of lesbianism, Grove Press, Inc, New York 1954.
43. H. Cavallin: Incestuous fathers: a clinical report, Amer. J. of Psychiatry 1966, 122, s. 1132—1138.
44. M. Cerul: Basic considerations in sexual counseling, Workshop on Sexual Counseling, for Persons with Alcoholic Problems, Pittsburg PA 1976, s. 22—23.
45. N. Chinlund, cyt. za: D. Freedman, L. Kolb, R. Lourie: (eds.): The year book of psychiatry and Applied Mental Health < Year Book Med. Publ. Inc., Chicago 1982.
46. N. Chmielnicki: Zewnetrzne i wewnetrzne przyczyny konfliktow miedzy matzonkami, Zagadn. Wychow. Zdr. Psych. 1971, nr 5-6, s. 21-30.
47. C. Christenson, J. Gagnon: J. Gerontology 1965, 20, s. 351.
48. W. Ciarkowska: Wybrane problemy psychopatii, w: M. Koscielska: Psychologia kliniczna i psychopedagogika specjalna, PWN, Warszawa 1976, t. 5, s.173—207.
49. S. Ciccarese, S. Massari: Sexual behavior is independent of X—Y antigen constitution, Hum. Genet. 1982, 60, 4, s. 371-372.
50. J. Cohen, I. Cullen, J. Martin (eds): Psychosocial aspects of cancer. Raven Press, New York 1982.
51. S. Cohen, R. Ross (eds): Handbook of clinical psychobiology and pathology, McGraw — Hill International Book Co, Auckland 1983.
52. E. Cook: Controverse for orgasm, Abstralia, April 1984.
53. C. Crepault, M. Couture: Men's erotic fantasies, Archives of Sex. Beh. 1980, nr. 9, s. 565—581.
54. M. Crown, D'Ardenne: — cyt. za Krai: Sexual problems in old age.
55. J. Cruz: Estudio de las personalidaes psyicopaticas en neustra criminalidad, Archiv. Criminalidad Neuropsychiatr. 1939, nr. 3, s. 38—50.
56. Cuskey — cyt. za: D. Freedman, L. Kolb, R. Lourie, H. Meltzer, J. Nemiah, J. Romano (eds.): The year book of psychiatry and applied mental health, Year book Med. Publ. Co, Chicago 1982.
57. Cz. Czapow: Spoleczne i kulturowe determinanty agresywnego zachowania sie sprawcow zgwalccn zbiorowych, “Przeglad Penitcncjarny” 1973, nr 1, s. 37.
58. A. De Jong: Epidemiologic factors in sexual abuse of boys, Amer. J. Dis. Child 1982, vol. 136, s. 990-993.
59. J. J. De Lora: Intimate life styles — marriage and its alternatives, Goodyebr Publ. Co, Inc, Pacific Palisades, California 1972.
60. G. Devereux: Basic problems of erhnopsychiatry, The Uniwersity of Chicago Press, Chicago — London 1980.
61. G. Dickman: Sexual variation, w: Woods: Human sexuality.
62. P. Dietz, B. Evans: Pornographic imagery and prevalenct of paraphilia, Amer. J. Psychiatry 1982, 139, 11, s.1493-1495.
63. J. Dollard, N. Miller: Osobowosc i psychoterapia, PWN Warszawa 1967.
64. J. Dominian: Make or break an introduction to marrige counselling, SPCK, London 1984.
65. T. Domzat: Zaburzenia seksualne w organicznych uszkodzeniach mozgu, w: T.

Bilikiewicz (red.): Wybrane zagadnienia z seksuologii, PZWL, Warszawa 1968, s. 37-45.
66. S. Drvota, V. Student: Nebezpecni sexuaini agresori, Cs. Psych. 1975, 71, 1, s. 33-37.
67. E. Duffy: The psychological significance of the concept of “arousal” or “activation”, Psychol. Rev 1957, 64.
68. S. Dulko: Identyfikacja z picia w: Pamietnik II konfercncji Seksuologow, Warszawa, maj 1983, s. 157—171.
69. I. Dziekonska-Staskiewicz: Przestepstwo zgwalcenia, wybrane zagadnienia krymiologiczne, Studia Kryminolog. Kryminalist. Penit. 1976, torn V.
70. R. Elis: Child and locus of control, Psycholog. Reports. 1981, nr 2, s. 507—510.
71. G. Emslie, A. Rosenfeld: Incest reported by children and adolescents hospitalized for severe psychiatric problems, Amer. Psychiatry 1983, 140, б, s. 708—711.
72. W. Evcrard: A case of Apotemnophilia: A handicap as sexual preference, Amer. J. Psychotherapy 1983, XXXVII, 2, s. 285-293.
73. W. Fann, L. Karacan, A. Pokorony, R. Williams (eds.): Phenomenology and treatment of psychoseual disorders, MTP Press Limited, Jamaica 1983.
74. I. Felstein: Dysfunction — origins and therapeutic approaches, w: R. Weg (ed.): Sexualiky in the Later Years, Academic Press, New York 1983, s. 223—251.
75. O. Fenichel: The psychoanalitic theory of neurosis, Norton, New York 1945.
76. O. Fenichel: The collected papers of Otto Genichck, 1st Series, Norton, New York 1953.
77. S. Feshbach: The function of aggresion and the tegulation of aggressive drive, “Psychological Review” 1964, 71, 4, s. 257—272.
78. Z. Filipiak, F. Majerczak: Osobowosc sprawcow zgwalcen, w: Pgzestepczosc seksualna — materialy III Wroclawskiego Sympozjum Kryminologicznego, Uniwersytet Wroclawski, Wroclaw 1974, s. 127—141.
79. Z. Filipiak: Przyczyny przestepczosci seksualnej w swietle badan empirycznych, w: Przestehczosc seksualna..., 31—41.
80. A. Fiorentini — cyt. za G. Forrest: Alcoholism and human sexuality.
81. W. Fitsh: Men convicted of sexual offences again chidrcn. Brit. J. of Criminology 1962, vol. VII.
82. V. Fontana: Child maltreatment and Battered Child Synsromes, w: H. Kaplan, A. Freedman, B. Sadosk (eds.): Comprehensove textbook of psychiatry, Wiliams Wilkins, Baltimore 1980, vol. III, s. 2734-2744.
83. C. Ford, F. Beach: Patterns of sexual behaviour, Wiliams, New York 1951.
84. G. Forrest: The diagnosis and treatment of alcoholism, Charles C Thomas, Springfield 1978.
85. G. Forrest: Alcohokism and Human sexuality, Charles C Thomas, Springfield 1983.
86. E. Frank: Frequency of sexual dysfunction in “normal couples” N. Engl. J. Med. 1978, 229, 3, s. 11-115.
87. S. Freud: The future prospects of psychoanalytic therapy Collected Papers, London, Hobarth 1953, vol. II.
88. K. Freund: The female child as a surrogate obiect, Archiv. Sex. Beh. 1972,nr 2, s. 119.
89. K. Freund, R. Langerin: Heterosexual interest in homosexuak males, Archiv Sex. Beh. 1975, 4, 5, s. 509-518.
90. L. Frick: Vaginismus, cyt. za: G. Forrest: Alkoholism and human sexuality.
91. R. Fried: The psychodynamics of tattoing: a review, “Cleveland Clinic Quarterly”, 1983, 50, 2, s. 239—242.
92. A. Frodi: Are men more aggresive than women? A review of the experimental literature, Goteborg Psycholog. Reports 1976, nr 9.
93. L. Gapik: Wartosc metody projekcyjnego rysunku w diagnozie dysfunkcji seksualnych, Sbornik, Praci, Opava 1978.
94. L. Gapik: Zasady przeprowadzania ekspertyz seksuologicznych w hrzypadku nieustalonego sprawcy prxestepstwa seksuaknego, w: Pamietnik II Konaferencji Seksuologow, Warszawa 1983, s. 103—111.
95. L. Gapik: Nekrofilia — Studium przypadku, Pamietnik III Konferencji Seksuologlw, Katowice 1984, s. 30—33

96. P. Gebhard: Sex offenders, Harper, New York 1965.
97. P. Gebhard: Fetishism and sadomasochism, w: Weinberg M. (ed.): Sex research, Oxford Univ. Press. New York 1976.
98. D.Gelihas: The persisting negative effects of incest, "Psychiatry" 1983, 46, s.312-333.
99. H.Giese: Seksuologia, PZWL, Warszawa 1972.
100. J. Giza: Prostytucja homoseksualnf w swietle badan terenowych, “Panstwo i Prawo” 1963, nr 5—6.
101. J. Giza: Rola izolacji wicziennej w genezie anomalii selsialnej wsrod wiezniow miodocianych, Probi, Rodz. 1987, nr 11-12.
102. S. Glueck — cyt. za: R. Lindner: Rebel without a case, Grune and Stratton, New York 1944.
103. J. Godlewski: Kilka uwag na temat szczegolnych cech kazirodztwa i transseksualizmu, “Psychiatria Polska” 1976, X, 5, s. 559-562.
104. J. Godlewski: Koncepcje nogmy oraz zasady diagnozowania w seksuologii, w: Mikolaj Kozakiewicz (red.): Wybrane zagadnienia poradnictwa przesmalzenskiego i rodzinnego, PZWL, Warszawa 1985, s. 177-189.
105. J. Golden: Psychiatric aspecns of male sexual dysgunction, “Postgraduate Medicine” 1983, 74, 4, s. 221—229.
106. R. Goodman: Biology of sexuality, inborn determinants of human sexual response, Brit. J. Psychiatry 1983, 143, s. 216-255.
107. G. Gordon: Effects of alcohol (ethanol) administration on sex hormone metabolism in normal men, N. Engl. J. of Med. 1976, 295, 15 s. 793-797.
108. C. Gosselin, G. Wilson Sexual variations, Fabers Faber, London 1980.
109. B. Graber: Brain damage amoung mentally discorded sex offenders, J. Forensic Scienc. Philadelphia 1982,27,1.
110. B. Graber:(ed): Circumvaginak musculature and sexual function, Karger, Basel 1982.
111. R. Grenblatt: J. Amer. Geriatr. Soc. 1979, 27, s. 481.
112. H. Gorski: Diagnostyczno-orzeczniczc problemy zaburzen osobowosci w sadowym postepowaniu dowodowym, w: J. Stanik, J. Pobocha (red.): Materialy z II Ogolnopolskiej Konferencji pt. “Wspolpraca psychologiczno-psychiatryczna w ekspertyzach sadowych, Katowice 1983, s. 29-39.
113. M. Grzywak-Kaczynska: Metoda Rorschacha, PZWL, Warszawa 1967.
114. G. Guaraldi: Sindromc XYY e turde del comporyamento, Riv, Spcr. Freniat. 1970, 94, s. 1572—1579.
115. S. Gurgul: Mord z lubieznosci, referat wygloszony na posiedzeniu naukowym w Zakladzie Seksuologi i Patologii Wiezi Miedzyludzkich CMKP, Warszawa 1982.
116. S. Halleck: The physician's role in management of victims of sex offenders, JAMA 1962,180, s. 273—278.
117. C. Hammon: Gender and depressions w: Ihsan Al-Issa: Gender and psychopatology.
118. T. Hassler: 10 Jahre Vergewaltigung in Zurich, B. Cr. 1981, nr 1/2.
119. S. Hastik: Sexuaini adaptacc nemocnych schizofrenii psychozov mazelstvi, Sbornik Praci, Opava 1982, s. 67-71.
120. L. Hattercr: Changinf homosexuality in the male. Me Graw-Hill, New York 1970.
121. M. Hecekler: Alcohol and health, Fifth special report to the U.S. Congress, US Department of Health and Human Services, Rockville 1983.
122. F. Henker: Psychosomatics, 1977, 18, 23.
123. M. Herren, cyt. za: Freud und Kriminologe, Enke, Stuttgart 1973.
124. B. Herzberg: Hormonal anticonception and libido, Brit. Med. J.1971, 5773, 495.
125. F. Hine (ed.): Introduction to behavioral science in medicine, Springer-Verlag, New York — Heibelberg — Berlin 1983.
126. J. Hoenig: Social and economic aspects of transsexulism, Brit.J. Psychiatry, 1970, 117, 537, s. 163-172.
127. P. Holder—cyt. za: M. Virkunnen: Incest offences and alkoholism.
128. B. Holyst: Przestepczosc w Polsce, Studium kryminologiczne, Warszawa 1977, s. 85.
129. B. Holyst: Rola srodkow masowego przckazu w ksztaltowaniu postaw antywiktymizacyjnych, w: B. Holyst (red.): Opinia publiczna i orodki masowego przekazu a

ujemne zjawiska spoleczne, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1981, s. 71-86.

130. K. Hope: Psychological characteristics associates with XYY sex — chromosome complement in a State Mental Hospital, Brit. J. Psychiatry, 1967,113, 498, s. 495—498.

131. K. Homey: Osobowosc neurotyczna naszych czasow, PWN, Warszawa 1976.

132. B. Hornowski: Badania nad rozwojem psychicznym dzieci i miodziezy na podstawie rysunku postaci ludzkiej, “Ossolineum” 1982.

133. A. Hornung: Status relationships in marriage: risks factors in spouse abuse, J. of Marriage and the Family 1981, 3.

134. A. Husain, J. Chapel: History of incest in girls admitted to a Psychiatric hospital, Amer. J. Psychiatry 1983, 140, s. 591-593.

135. M. Hyde: Speak out on rape, McGraw-Hill Book, Co, New York 1976.

136. H. Hyland: Psychoneuroses in the Canadian Army 'overseas, Can. Med. Ass. J. 1942, 47, s. 432—440.

137. Ihsan Al-Isaa: Gender and psychophatology, Academic Press, New York 1982.

138. K. Imielinski: Poczytalnosc osob zboczonych piciowo, “Nowe Prawo” 1962, nr 6, s. 818—821.

139. K. Imielinski: Geneza homo-i bisersuakizmu srodowiskowego (teoria orientacji piciowej), PZWL, Warszawa 1963.

140. K. Imielinski: Wspolczesne poglady na powstawanie zboczen piciowych, w: T. Bilikiewicz (red.): Problemy seksulolgu, PZWL, Warszawa 1965, s. 21—31.

141. K. Imielinski: Zaburzenia psychoseksualne, PZWL, Warszawa 1968.

142. K. Imielinski, w T. Bilikiwaicz, K. Imielinski (edr.): Seksuologia kliniczna, PZWL, Warszawa 1974.

143. K. Imielinski, W. Czenikiewicz, S Dulko: Dynamika fanrazji erotycznych w czasie masturbacji u mezczyzn z dysfunkcjami seksualnymi, w: Pamietnik II Konferencji Seksuologow, Warszawa 1983, s. 147—151.

144. K. Imielinski: Zarys seksuologii i seksiatrii, PZWL, Warszawa 1982; Имелинский К. Сексология и сексопатология. — (Пер. с польск.) — М., 1986. — 423 с.

145. K. Imielinski: Seksualny zespol przeddysfunkcyjny, w: pamietnik II Konferencji Seksuollgow, Warszawa 1983, s. 135-143.

146. K. Imielinski (red.): Seksuologia biologizna oras Seksuologia spoleczna, PWN, 1984.

147. I. Israel: L' hysterique, le sexe et le medecin, Masson, Paris 1983.

148. A. Jablonska: Analiza zachowania sie ofiar zgwalcen zbiorowych w aspekcie profilaktyki kryminologiczne}, Studia Kryminologiczne, Kryminalist. Peniten. 1977, t. VII.

149. J. Jaroszynski: Zespoly zaburzen psychicznych, Biul, Instytutu Psychoneurologicznego 1987, nr 5 s. 32.

150. L. Jaszman: De Middelbare Luftijd van de man. Van Loghum Slaterus, Dwenter, Holland 1978.

151. T. Jaskiewicz-Obydzinska: Problemy wiktymologiczne w sprawach o przestepstwa seksualne, “Zagadnien kryminakistyki”, Warszawa 1981 torn XV.

152. D. Jehu: Sexual dysfunction, John Wiley, Chichester, New York 1979.

153. S. Jensen: Brit. J. Sex. Med. 1979, 53, s. 29.

154. W. Jebrzejczak: Przypadek objawowych zaburzen popedu piciowego w przebiegu zespolu psychoorganicznego, w: T. Bilikiewicz (red.): Problemy seksuologii, PZWL, Warszawa 1965, s.112-114.

155. L. Jones, L. Frei: cyt. za G. Forrest: Alcoholism and human sexuality.

156. I. Kaffik, A. Nanys: Nome zadania dia bieglego psychologa w procesie karnym (doswiadczenia wlasne), “Psychiatria Polska” 1980, t. XIV, nr 4, s. 389—395.

157. E. Kanin: Rape as a function of relative sexual frustration, Psycholog. Reports 1983, nr 52, s. 133—134.

158. H. Kaplan: Disorders of sexual desire, Brunner/Mazel, New York 1979.

159. I. Kaufman: The family constellation and overt incestuons relations between father and daughter, Amer. J. of Orthopsychiatry 1954, nr 24, s. 266—267.

160. E. Kehrer: Uber Psycho-Somatik in der Gynakologie, Arztl. Forachg. 1951, nr 5 s. 301.

161. H. Kelly: Gerontologist, 1977,17, 328.

162. N. Kessel, H. Walton: Alkoholizm, PWN, Warszawa 1967.
163. A. Kepinski: Psychopatie, PZWL, Warszawa 1977, s. 148-154.
164. A. Kepinski: Lek, PZWL, Warszawa 1977.
165. M. Killien: Sexuality and contraception, w: N. Woods (ed.): Human Sexuality in health and illness, The C. V. Mosby Co, St. Louis 1984.
166. K. Kirkland, B. Bauer: MMPI traits of incestous fathers, J. of Clin. Psychology 1982, 38, 3, s. 644-549.
167. A. Knauert: Differential diagnosis of alcoholism. Fifth Annual Advanced Winter Workshop “Theatment and Rehabilitation of the Alcoholic”, Colorado Springs, Colorado 1979.
168. A. Knauert: Issues in the treatment of alcoholism, Sixth Annual Advanced Winter Workshop “Theatment and Rehabilitation of the Alcoholic”, Colorado Springs, Colorado 1980.
169. A. Knauert: Alcoholism and sexual deviation. Seventh Annual Advanced Winter Workshop “Treatment and Rehabilitation of the Alcoholic”, Colorado Springs Colorado 1981.
170. C. Rohler: Les adolescens et lej juenes adutes devant les problimes sexucis de notre temps, Rv. Neuropsychiatr. Infant, et d'hugiene Mentale de L'enfance 1967, 7—8.
171. T. Kolarczyk, J. Kubiak, P. Wierzbicki: Przestepczosc kobiet, aspekty krymologiczne i penitencjarne, Wyd. Prawnicze, Warszawa 1984.
172. R. Kolodny, W. Masters, V. Johnson: Textbook of sexual medicine, Little, Brown and Co, Boston 1979.
173. A. Koning, F. Jenner: Phenomenology and psychiatry, Academic Press, London — Toronto 1982, s. 277.
174. J. Kozarska-Dworska, M. Dworski: Zabojstwa zwiazane z przestapczoscia seksualna, Studia Kryminol. Kreminalist. Penitencjarne 1975, torn. II.
175. J. Kozarska-Dworska: Metody resocjalizacji, cyt. za. K. Pospiszyl: Psychopatia, PWN, Warszawa 1985, s. 156-157.
176. J. Kozarska-Dworska: Psychopatia jako problem kryminologiczny, Wyd. Prawnicze, Warszawa 1977.
177. V. Krai: Sexual problems in old age, w: D. Kay, G. Burrows (edr.): Handbook of studies on psychiatry and old age, Elsevier, Amsterdam 1984.
178. E. Krohne: Sex therapy handbook, SP Med. Scintific Books, New York 1982.
179. J. Krolak: Lek przed sukccsem jako przyczyna dysfunkcji seksualnych, w: Pamietnik II Konferencji Seksuologow, Warszawa 1983, s. 35—39.
180. J. Krzyzowski, Z. Thille: Zaburzenia zycia piciowego w alkoholizmie, w: T. Bilikiewicz (red.): Problemy seksiologii, PZWL, Warszawa 1965, s. 48-55.
181. D. Kubacka-Jasiecka: Funkcjonowanie spoleczne osob agresywnych a samoagresywnych, “Ossolineum”, Wroclaw 1975.
182. J. Lament: Vaginismus, w: R. Gcmme (ed.): Progress in Sexology, Plenum Press, New York — London 1977.
183. A. Langenluddcke: Gerichtliche Psychiatric, Berlin 1959.
184. J. Laskowski: Uwarunkowania trwalosci malzenstwa, ATK, Warszawa 1984.
185. Lasseux — cyt. za F. Abraham: Les perversions sexuelles.
186. R. Lawrence: Unlawful sexual intercourse, Police Surg. 1978,14, s. 127-129.
187. H. Leigh: Psychiatry in the practice of medicine, Addison-Wesley, Publ. Co, Memo Park 1983.
188. L. Lcrnell: Przestepczosc seksualna. Zagadnienia prawne i ryuminologiczne, w: K. Imilinski (red.): Seksuologia spolcczna, PWN, Warszawa 1974, s. 341—453.
189. J. Leszczynski: Z problematyki etilolgii przestepstw seksualnych, Przeglad Peniten. Kryminolog. 1973,1.1 s. 37.
190. R. Lesniak: Czyny nierzadne w swietle ckspcrtyzy sadowo-psychiatryczneh, “Psychiatria Polska” 1969, t. Ill, nr. 4, s. 425-429.
191. R. Lesniak, A. Szynusik, E. Lesniak, w: Materialy VI Szczecinskiego Sympozjum Naukowegp, Szczecin 1974.
192. R. Lesniak, E. Lesniak: Psychiatryczno-psychologiczne aspekty przestepstw seksualnych, w: Materialy VI Szczecinskiego Sympozjum Naukowegl, Szczecin 1974.
193. R. Lesniak, E. Lcsniak: Psychiatrycznc i psychiatrycznc problemy przccnictwa w przcstcpstwach pcksualnych, w: Materialy z II Ogolnopolskicj pt. “Wspolpraca psychiatryczno-

psychologiczna w ekspertyzach sadowych, Katowice 1983, s. 69—85.
194. R. Lcsniak, A. Szymusik, R. Chrzanowski: Wielokierunkowc zaburzcnia popcdu scksuakncgo w -przypadku gura moxgu. Arch. Mcd. Sad. Krymin. 1970, l.XX.nr.l,s.89-95.
195. L. Lindbcrg: A new approach to the hormonal treatment of impotcnia crcctionis, Pharmakop.sychiat. Ncuropsycho-pharmak. 1977, nr 10, s. 21—25.
196. N. Linncr: Sex and society in Sweden, New York 1967, s. 188.
197. F. Liwson: Gender-Identity. A life-span view of sex-role development, w: R. Weg: Sexuality in the late years..., s. 105-124.
198. C. Livingston, M. Me Intyrc: Sexuality and alcoholism: w: Woods: Human sexuality, s. 415—434.
199 M. Loosli-Ustcri: Praktischcs Handbuch dcs Rouschachtcsts, Bern und Stuttgart 1961.
200. J. Lo Piccolo, J. Steger: The sexual Interaction Inventory: A new instrument for assessment of sexual dysfunction, Archiv. Sex. Bch. 1974, nr. 3, s. 6.
201. J. Lo Piccolo: Handbook of sex therapy. Plenum Press, New York 1980.
202. K. Lorcnz: Tak zwane zio, PIW, Warszawa 1973.
203. L. Lothstein: Sex reassignment surgery: historical, bioethical and theoretical issues, Amer. J. Psychiatry 1982, 139, 4.
204. W. Lukensmeyer: Psychiatric presentations of selected genitourinary disorders, w: R. Hall (cd.): Psychiatric presentations of medical illness (somatopsychic disorders), MTP Press Limited, England 1980, s. 209—222.
205. N. Lukianovic: Incest, Brit. J. Psychiatry 1972, 120, 556, s. 301-313.
206. N. Malamuth: Rape fantasies as a function of exposure to violent sexual stimuli, Arch. Sex. Bch. 1981, 10, 1.
207. H. Malcwska: Kulturowe i psychospolcczne determinanty zycia scksualncgo, PWN, Warszawa 1967.
208. K. Malik: Umagi na temat orzecznictwa sadowo-psychiatrycznego w zaburzeniach osobowosci, “Psychiatria Polska” 1977, t. XI, nr 4, s. 481-486.
209. M. Marcuse: Incest, Amer. J. Urology and Sexuol. 1923, nr. 16, s. 273—281.
210. P. Marokoff: cyt. za J. Lo Piccolo: Determinants of orgasm.
211. C. Martin: Physician's management of the psychological aspects of rape, JAMA 1983, 249, 4, s. 501—503.
212. W. Masters, V. Johnson: Wspolzycie seksualne czlowieka, PZWL, Warszawa 1975.
213. W. Masters, V. Johnson: Niedobor scksualny czlowieka, PZWL, Warszawa 1975.
214. J. Me Cary: Human sexuality, D. Van Nostrand Co, New York 1973.
215. J. Me Cary: Sexual variance, D. Van Nostrand Co, New York 1978.
216. W. Me Cord: The psychopath and milieu therapy, Academic Press, New York 1982.
217. M. Me intrye: Sexual assault outcomes: Completed and attempted apers, 3-rd International Symposium of Victimology, Munster 1979.
218. R. Me Kendry: Erectile impotence: a clinical challenge, Can, Med. Assoc. J. 1983, 128, 653-661.
219. P. Me Reunolds: Assimilation and anxiety, w: M. Zuckerman, C. Spielberger (eds.): Emotions and anxiety: New Conpects methods and appliciations, L. Eriabaum ASS. Hillsdale 1976.
220. A. Medhus, H. Hansson: Alcohol problems among female gonorrhoea patients, Scandinavian J. of Soc. Med. 1976, 4, 3, s. l41—143.
221. K. Meiselman: Incest, Jossey-Bass, INC, San Francisco 1978.
222. A. Melman, D. Kaplan, J. Redfield: Evaluation of the first 70 patients in the Center for Male Sexual Dysfuction of Beth Israel Medical Center, J. of Urology 1984, 131, s. 53-55.
223. R. Michael, D. Xumpe: Sexual violence in the United States and the role of season, Amer. J. Psychiatry 1983, 140, 7, s. 883-886.
224. Micdzynarodowa Klasyfikacja Chorob, Urazow i Przyczyn Zgonow, IX Rcwizja, Bul. Inst. Psychoncurolog, Warszawa 1981, 1-2.
225. W. Mikrut: Zahamowanie wytrysku, Wiad. Lek. 1983, t. XXXVI, nr 20, s. 1703-1710.
226'. A. Mirsky: Physiology of anxiety, w: N. Rickless (cd.): Management of anxiety for the general practitiones, Ch. Thomas, Springfield 1963.

227 Sz. Molnar: Andrologia, PZWL, Warszawa 1984.
228. R. Mucchielli: Psychologic de la vie cojugale, Paris 1973.
229. D. Munjack, J. Oziel: Sexual medicine and cjunseling in office practece, Little, Brown and Co, Boston 1980.
230. H. Musaph, P. Mcttrop: The role of aggression in human psychology, "Psychotherapy and Psychosomatics" 1972, 20, 5, s. 240-320.
231. C. Nadelson: A follow-up study of rape victims, Amer. J. Psychiatry 1982, 139, 10, s. 1266-1269.
232. Newsweek, May 1984: A hidden epidemic, Sexual abuse of children is much more common than most American suspect, s. 34—40.
233. K. Obuchowski: Test rysunku postaci, w: T. Bilikiewicz, K. Imiekinski (red.): Sersuologia kliniczna, PZWL, Warszawa 1974.
234. J. 0. Connor: Managing sexual dysfunction, Med. Econ. Co, Book Division, Oradell, New Yersey 1980.
235. B. Ottesen, G. Wagner: Penille erection possible role for vasoactive intestinalpolypettide as a neurotransmitter, Brit. Med. J. 1984, 64, 10, s. 9-11.
236. L. Ovesey: Homosexuality and pseudohomosexuality, Science House, New York 1970, s. 154.
237. W. Panek: Badania psychologiczne nad postawami wiezniow wobec malzenstwa, Probl. Rodz. 1968, 43, 5, s.46-52.
238. C. Panek: Oral contraception and psychic, "Practioner" 1973, 210, 1255, s. l20.
239. C. Parley: Hesteria — the stability and usefulness of clinical criteria. New England J. of Mod. 1962, 266, s. 421—426.
240. K. Pernanen: Theoretical aspects of the relationship between alcohol use and creme, Guilford: Press, New York 1981.
241. A. Piekarska: Przemoc w rodzinie: socjopsychologiczne uwarunkowania i zakres " zjawiska, "Psychologia Wychowacza" 1984, nr 1, s. 42—52.
242. A. Podgorecki: Patologia zycia spolecznego, PWN, Warszawa 1969.
243. P. Polatin: Postcoital sadness, Med. Aspects Hum. Sex 1973, 7, 9, s. 12-32.
244. W. Ponikicwska: Dewiacje seksualne a problemy spoleczne i rodzinne, "Psychiatria Polsda" 1982, t. XVI, nr 5—6, s. 401-407.
245. W. Ponikiewska, M. Chrusciel: Sylwetka wspolczesnego sprawcy przestepstw seksualnych w jdniesiniu do czynow ludieznych, "Psychiatria Polska" 1984, t. XVIII, nr 2, s. 137-144.
246. B. Popielski: Orzecznictwo lekarskie, PZWL, Warszawa 1981.
247. B. Popielski: Przestepstwa seksualne, w.: B. Popielski, J. Kobiela (red.): Medycyna Sadowa, PZWL, Warszawa 1972.
248. B. Popielski: Patologia seksualna w swietle Kodeksu karhego, Probl. Rodz. 1983, nr 131, s. 5, 31-38.
249. B. Popielski: Patologia seksualna w swietle Kodeksu karnego, Probl. Rodz. 1983, nr 132, s. 6, 32—38.
250. K. Pospiszyl: psychologiczna analiza wadlisych polstaw spolecznych miodziezy, PWN, Warszawa 1973.
251. K. Pospiszyl: Roznice w stopniu agresywnosci u kobiet i mezczyzn, Probl. Rodz. 1973, nr 5, s. 17—23.
252. K. Pospiszyl: Biologiczne uwarunrowania zmian w usposobieniu kobiety, "Zdrowie Psychiczne" 1973, nr 2, s. 62—72.
253. "Practitioner" 1967, 199, 1191, 276: Komplex Quasimodo.
254. W. Price, P. Whatmore: Behaviour disorders and pattern of crime among XYY males identified at a maximum security hospital, Brit. Med. J. 1967,5539, s. 533-535.
255. J. Purtell: Observations on clinical aspects of hysteria, JAMA 1951,146, s. 902-909.
256. S. Puzynski: Pozycja lekow beta-adronolitycznych w terapii leku, "Terapia i Leki" 1980, nr 6—8 s. 201.
257. J. Raboch: Koitarchc a orgasticka schopnost zen, Sbornih Praci, Opava 1982, s. 25—27.
258. J. Raboch: Scxualita schizofrenicck, Sbornik Praci, Opava 1982, s. 62-67.

259. R. Rada: Alcohokism and forcible rape. Presented at American Psychology Association meeting, Detroit, Michigan, May 1974.
260. W. Radecki: Przestepstwa przeciwko jbyczajnosci w praktyce sadowej, Studia Kryminol. Kryminalist. Peniten. 1977, t. VI.
261. S. Radowicki: Hiperprolaktynemia b mezczyzn — obraz kliniczny, PTL 1983, XXXVIII, 18 s. 575—579.
262. D. Raphling, B. Carpenter: Incest. A genealogical study, Arch. Gen. Psychiatry 1967,16,4, s. 505-511.
263. Towarzystwo Planowania Rosziny: Raport dotyczacy scksu u wiezniow, 1972.
264. K. Ratschka: The incubus syndrome: a variant erotomania, Can. J. Psychiat. 1979,24, б, s. 549-553..
265. Reid M. — cyt. za G. Forrest: Alkoholism and human sexuality
266. T. Reik: Of live and lust, Jason Aronson, New York 1974.
267. K. Renshaw: Incest, J. Sex. Educ. Thcr 1977, 3, 2.
268. I. Rooth, cyt. za: S. Crown: Psychotcrapy of pfraphilias, Brit. J. Psychiatry 1983, nr 4, s. 239—249.
269. S. Rosenblum: The adolescent sexual asphyxia syndrome, J. Amer. Acad. of Child Psychiatry 1979,18, 3, s. 446—558.
270. A. Rzcplinski: Rosziny wiezniow diugoterminowych “Ossolineum”. Wroclaw 1981.
271. W. Salwa:.Rola uczucia Irzywdy w czynic przestcpczym niektorych zabojcow, “Psychiatria Polska” 1965, nr 2, s. 325.
272. Ph. Sarrel, L. Sarrel: Sexualsysfunctions, w: H. Lcigh: Psychiatry in the practice ofmedicin.
273. D. Saypol: Impotence: are the newer diagnostic methods a mecessity? The J. of Urology' 1983,130, s. 259—263.
274. R. Schiavi: Sex chromosome anomalies, hormones and aggressivity. Arch. Gen. Psychiatry 1984, 41, 1, s. 93—99.
275. A. Schiff: Rape: Wifevs Husband, J. of the Forenic Science Society 1982, 22, s. 235-240.
276. S. Schnabi: Intimverhalten, Scxualstorungen, Personlichkeit, VEB Deutscher Verlag dcr Wissenscharten, Berlin 1972.
277. S. Schnabi: Funktioncllc Sexualstorungen, w: Sexulogie, Lipzig 1974.
278. D. Schwartz: Role of confrontation in perfomance and interpretation of nocturnal penile tumescence studies, Urology 1983, XXII, 3, s. 239-242.
279. J. Semmolow, L. Lubowsky: Sexual instrumentation, IEEE Transactions on Biomedical Euginering 1983, 30, 6, s.309-319.
280. S. Shipko: Alexithymia and somatization, Psychother. Psychosom. 1982, 37, s. 193—201.
281. V. Sigusch: Therapie Sexueller Storungen, Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1980.
282. J. Sikora: Obraz emocjonalnosci wiezniow w swietle badan psychologicznych, biochemiczych i Gzjologiczno-lekarskich, “Ossolineum”, Wroclaw 1973.
283. K. Sjogren: Sexuality after stroke with hemiplegia, Scand. J. Rehab. Med. 1983, nr 15, s. 55-61.
284. Z. Skorny: Psychologicza analiza agresywnego zachowania sie, PWN, Warszawa 1968.
285. S. Smoczynski: Sprawcy przestepstw prxeciw wolnosci i obyczajosci, Analiza psychopatologiczna na podstawie orzeczen wydanych w latach 1961—1976, “Psychiatria Polska” 1977, nr 4.
286. P. Snaith: Exhibitionism: a clinical conundrum. Brit. J. Psychiatry 1983, nr 4, s. 231-235.
287. Z. Sokolik, M. Szostak: Psychoanalityczne podejscie do problemow psychopatii, w: M. Szostak (red.): Wydrane zagadniea z psychologii klinicznei, Wyd. Uniw. Warszawskiego, Warszawa 1976, s. 161—175.
288. Z. Sokolik, M. Szostak: Psychoanalityczne podejscie do problemu homosesualizmu, w: M. Szostak (red.): Wydrane zagadniea z psychologii klinicznei, Wyd. Uniw. Warszawskiego, Warszawa 1976, s. 263—276.

289. A. Solola, Ch. Scott, H. Severs, J. Kowell: Rape:
management in a noninstitutional setting, Obstetrics, “Gynekology” 1983, 61,3 s. 373—378.
290. J. Soutoul, e. Frole: L' examen mediko-Iegal des victimes d'attentats sexuels. Rev. Fr. Gynecol. Obstet. 1983, 78, 2 s. 85—108.
291. K. Spett, M. Cieslak, W. Wolter: Psychiatria w procesie karnym. Wyd. Prawnicze, Warszawa 1968.
292. J. Sracek: Antikoncepce a sexualne prenosne nemoci, Sbornik Praci, Opava 1982, s. 219—227.
293. J. Stanik: Psychologiczne i psychiatryczne problemy w ekspertyzach sadowych, w: M. Stanik, J. Pobocha (red.):
Materialy z II Ogolnopolskij Konferencji pt. “Wspolpraca psychologiczno-psychiatryczna w ekspertyzach sadowych, Katowice 1983, s. 5—15.
294. Z. Starowicz: Analiza potrzeb i zachowan seksualnych pacjentow nerwicowych, Probl. Rolz. 1977, 94, 2, s. 48-58.
295. Z. Starowicz: Frzydatnosc wskaznikow rokowniczych i leczniczych niczych nerwicowych zaburzen seksualnych (praca dortorska), Gdansk 1980.
296. Z. Starowicz: Osobowosc rodzicow w Zespole Maltretowanego Dziecka, w: Sobocki (red.): Dziecko Maltretowane, Warszawa 1981, s. 62—65.
297. Z. Starowicz: Ostry seksualne stany lekowe, Probl. Rodziny 1982, nr 5-6, s. 81-85.
298. Z. Starowicz: Seks partnerski, PZWL, Warszawa 1983.
299. Z. Starowicz: Ostry seksualny stan lekowy (kazuistyka), w:
Pamictnik I Konferencji Seksuologow, Warszawa 1982, s. 67-71.
300. Z. Starowicz: Wiez partnerska i seksualna w populacji pacjentow z uzaleznieniem ob alkoholu i lekozaleznoscia (praca habilitacyjna), Gdansk 1984.
301. Z. Starowicz: Zespol Demona nocy, referat wygloszony na III Konferencji Seksuologow, Katowice 1984.
302. Z. Starowicz: Leczenie czynnosciowych zaburzen seksualnych, PZWL, Warszawa 1985.
303. Z. Starowicz: Terapia seksualna i malzenska w zaburzeniach psychicznych, PZWL, Warszawa 1985.
304. Z. Starowicz: Seks w kulturach swiata, “Ossolineum”, Wroclaw 1986.
305. M. Steinmetz: The Family as cradle of violtnce, “Society* 1973, vol. s. 50-56.
306. B. Starr, M. Wiener: The Snarr — Weiner report on sex and sexuality in the mature years, McGraw-Hill Book Co, New York 1981.
307. A. Storr: L'aggressinite necessaire, Robert Laffont, Paris 1969.
308. M. Straus: A general systems theory appoach to a theory of violenge between family membres, “Social Science Information” 1973, nr 3, s. 105—125.
309. H. Strotzka: Psyhoteherapie und Tiefenpsychologie, Springer-Verlag, Wien 1982.
310. V. Student: Agresivita u psychopatickych osobnosti, Cs. Psychiat. 1979, nr 3, s. 172-180.
311. N. Susman: Normal, human sexuality and psychosexual disorders, w: B. Sadock, H. Kaplan, A. Freedman (red.): The sexual experienge. The Williams Wilkins Co, Baltimore 1976.
311a. II Krajowe Sympozjum: “Nietypowe zachowania seksualne”, Palac PAN-Jablonna, 17—18 grudzifcn 1976.
312. D. Szabo: Contribution a 1'etude de la deliguence sexuellle, Les delits sexuels des adolecents a Montreal, Universite Montreal 1960.
313. K. Szcerda: Czynnosciowe zaburhenia seksualne u kobet, w: Pamietnik II Konferencii Seksuologow, Warszawa 1983, s. 39-43.
314. S. Szczyrba: Aspekty utktymologiczne zpualcen zbiorowych, Studia Kryminol, Kryminalist, Penit, 1979, torn X.
315. S. Szelhaus: Ksztaltowanie sie przestepszosci seksualnej w Polsce (ze szczegolnym uwzolednieniem zgwalsen, w: Przestepczosc seksualna, Uniw. Wroclawski, Wroclaw 1974, s. 41-61.
316. A. Szymusik, J. Gierowski: Psychiatryczne i psychologiczne problemy orzesznistwa w sprawash zabojstw, w: J. Stanik, J. Pobocha (red.): Materialy z II Ogolnopolskiej Konferencji nt.

"Wspolpraca psychologiczno-psychiatryczna w ekspertyzach", Katowice 1983.
317. B. Slusarczyk: Z problemutyki kazirodztwa (charakterystyka rodzin, w ktorych ujawniono fakty wspolzycia kazirodczego), Studia Kryminol. Krymiadisf. Renit. 1977, t. 6, s. 131-140.
318. A. Teutsch: Trudnosci w ustalaniu etiopatogenezy ekshibicjonizmu, "Psychiatria Polska" 1969, t. Ill, nr 4 s. 431-436.
319. N. Thompson: Parent-child relatinships and sexual identity in male and female homosexuals and heterosexuals, J. of Cons. and Clin. Psuchol. 1973, 41, s. 120—127.
320. W. Todd: Truth about sex and alkohol, "Memorial Mercury" 1973, 13, 4, s. 15-16.
321. G. Tordjman: Realites et problemes de la vie sexuelle, Hachette, Paris 1982.
322. F. Toulouse, B. Mares, M. Rossey: Hypotheses sur le role de L'ingeste dans la famille, J. Genet. Hum. 1982, nr 3, s. 155-262.
323. E. Trimmer: Basic sexual medicine, W. Heinemann Med. Books, Ltd, London 1978.
324. A. Tworska: Problemy homoseksualizmu w swietle litcratury i praktyki psycho terapeutycznej w rnloddhiezowej przychodni zdrowia psychicznego, Zaradn. Wychow. Zdr. Psych. 1970, nr 1, s. 18-33.
325. A. Wadrek, M. Sheley: Noninvasive penile arterial evaluantion in 120 males with erectile dysfuntion, "Urology" 1983, XXII, 3, s. 230—234.
326. E. Wagner: Projective test data from two contrasted groups of exibitionists, "Perceptual and Motor Skills" 1974, 39 s.131.
327. B. Waldorf, cyf. za: D. Freedman., D. Kolb, R. Lourie: The yearbook of psychiatry and Applied Mental Health, Year Book Med. Publ. Co, Chicago 1982.
328. J. Walinder: Transsexualism, Goeteborg 1976, s. 125.
329. L. Weathress: Drug addiction and homosexualism, cyt. za: The yearbook of psychiatry...
330. R. Weg (ed.): Sexuality in the later years, roles and behavior. Academic Press, New York 1983.
331. W. Wehner-Davin: Wergewaltigung — Kiene Routineer — mittlungenbei der Rolizei, "Kriminalistik" Hamburg 1981, nr 12, s. 523-530.
332. S. Weinberg: Incest Behaviour, Cetadel, New York 1955.
333. M. Werner: Dysfunctional disorders sexuality in women, cyt. za G. Forr'est: Alcoholism and lesbianism, Brit. J. Psychiatry, 1983, nr 4, s. 221—226.
334. M.Werner: Dysfunctional disorders sexuality in women, cyt. za G-Forrest: Alcoholism and human sexuality.
335. D.West: Homosexuality and lesbianism, Brit.I.Psychiatry, 1983, nr 4, s.221—226.
336. K. Williams: Overview of sexual problems in alcoholism, Workshop on Sexual Counseling for Persons fith Alkohol Problems, Pittsburg, Pennsylvania 1976, s. 1—23, 83.
337. R. Wille: Tatertypcn bei "Unzucht mit Kindern", Deutsche Zeitschrift des gerichtl. Med. 1967, 59, 2-3, s. 134—141.
338. S. Wilsnack: Feminity by the bottle, Psychology Today, April 1973, s. 29-43.
339. S. Wilsnack: Recent Researsh on women and alkohol, Eighth Annual Winter Workshop, Colorado Springs, Colorado 1982.
340. G. Wilson, D. Lawson: Effects of alcohol on sexual arousal in women, J. of Abnormal Psychol. 1976, 85, 5, s. 489-497.
341. G. Wilson: Alcohol and human sexual behafiour, Bch. Res, Therapy 1977, 15, 3, s. 239-252.
342. G. Winokur: Manic derpessive Illness, C. Mosby, St. Louis 1969.
343. M. Wolicki: Rola kontaktu psychicznego z ojcem y przygotowaniu sic dhiecka do pelnienia rol malzenskich, Zaradn. Wychow, 1981, nr 2, s. 30-36.
344. N. Woods: Sexuality and cardiofascular disease, w: N. Woods Human sexuality, The C. V. Mosby Co, St. Louis 1984, s. 296—312.
345. R. Woody (ed.): Encyclopedia of clinical assessment, Jossey-Bass Rubl., San Francisco—Washington 1981.
346. K. Wrzesnieyski: (red.): Wybrane zagadncinia Icku, Yarshayska Akadcmia Medyczna,Warszawa 1983.
347. J. Wyrsch: Gcrichllichc Psychiatric, Berno 1955.

348. R. Wuss: Unzucht mit Kindern, Werlin—Heidelberg—New York 1967.
349. G.Vaillant, J. Perry: Personality disorders, w: H. Karlan, A. Freedman, B. Sadock (eds.):
350. J. Virkunnen: Incest offences and alcoholism, “Medicine, Science and the Law”, London 1974,14, s. 124—129.
351. P. Volk, C. Boeckle-Joest, M. Hilgarth: 0 Kryminologii zgwalcenia, spoloczne przesady i obseryacje psychologiczne, “Hexagon Roche” 1984,11, 1, suplement.
352. C.Vraa: Treatment of the human sexual dysfunction. Sixth Annual Adfanccd Winter Workshop, Colorado 1980.
353. C. Vraa: Sex therapy traininig, Eioht Annual Advanced Winter Workshop, Colorado 1982.
354. M. Ueno: The so-called coition death, Japanese J. of Legal Med. 1969,17, s. 333—340.
355. H. Zullinger: Beht-Rorschash Test, Berlin 1952.
356. J. Zwerina, J. Pondelniskova: Psychopatologicke a sexuologicke nalezy u souboru sexualnich aresoru, Cs. Psychiat. 1973, 79, 3, s. 187-191.

Б. ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ

[*Зарубежная библиография в списке дополнительной литературы приводится только по источникам, поступающим в Государственную библиотеку СССР им. В. И. Ленина, ВИНИТИ АН СССР, ЦМБ и ВНИИМИ Минздрава СССР (прим. перев.).]

357. Блюмин И. Г. Судебно-медицинская экспертиза половых состояний мужчин. — М: ЦИУВ, 1967. — 63 с.
358. Блюмин И. Г. Материалы к экспертизе половых состояний. — М.: Автореф. дис. канд., 1970. — 21 с.
359. Волкова Н. М. К судебно-медицинскому изучению супружеских конфликтов со смертельными исходами. — В кн.: Доклады 25-й научной сессии Кишиневского госмединститута. Кишинев, 1969, с. 174—175.
360. Громов А. П. Права, обязанности и ответственность медицинских работников. М., 1976.
361. Дынкина И. 3. Классификация убийств на сексуальной почве. — В кн.: Материалы к IX научной конференции молодых специалистов. Труды ЛенГИДУВ. Л., 1966, с. 49.
362. К вопросу о причинах половых преступлений и некоторых мерах их предупреждения. — В кн.: Материалы к IX научной конференции молодых специалистов. Труды ЛенГИДУВ. Л., 1966, с. 50
363. Дынкина И. 3. О содержании понятия “сексуальное убийство”,—В кн.: Материалы к, IX научной конференции молодых специалистов. Труды ЛенГИДУВ. Л., 1966,с. 51
364. Дынкина И. 3. К вопросу о механизме повреждения девственной плевы и промежности при преступлениях, связанных с нарушением половой неприкосновенности. — В кн.: Вопросы судебной медицины. Саратов. Вып. 4. 1969, с. 150-151
365. Дынкина И. 3. Методические указания судебно-меди-цинской экспертизе трупов женщин в случаях лишения их жизни на сексуальной почве. Л., 1970.С.23.
366. Загородный П. И. Физиология и патология половой функции. Л., 1975. С.263.
367. Здравомыслов В. И., Анисимова 3. Е., Либих С. С. Функциональная женская сексопатология. Алма-Ата, 1985. С.271.
368. Исаев Д. Н., Каган В. Е. Психогигиена пола у детей: Руководство для врачей. Л., 1986. С. 336.
369. Исаев Д. Н., Каган В. Е. Половые роли и девиантное поведение. — В кн.: Тезисы докладов VII Междунар. симпозиума детских психиатров социалистических стран. М., 1986. С.31.
370. Исаев Д. Н., Каган В. Е. Половое воспитание детей: Медико-психологические

аспекты. Изд. 2-е. Л. 1988. С.157.

371. Кон И. С. Введение в сексологию. Изд. 2-е. М., 1989.С.332.

372. Кузнецов П. А. Судебно-медицинская характеристика повреждений тела у потерпевших по делам об изнасиловании. — В кн.: Вопросы судебной медицины и криминалистики. Вып. 4. Горький, 1972.

373. Кузнецов П. А. Судебно-медицинская характеристика повреждений половых органов у потерпевших по делам об изнасиловании — В кн.: Вопросы судебной медицины и криминалистики. Вып. 4. Горький, 1972.

374. Кузнецов П.А. К методике проведения судебно-медицинской экспертизы потерпевших по делам о половых преступлениях. — В кн.:. Вопросы судебно-медицинской экспертизы и криминалистики. Тезисы докладов к научно-практической конференции. Чебоксары, Горький,1980.

375. Микиртумов Б. Е. К вопросу об острых невротических реакциях у детей в результате насильственных (педофильных) действий. — Суд. мед. экспертиза, 1979, т. 22, № 3, с. 47-49.

376. НохуровА. Нарушения сексуального поведения: судебно-психиатрический аспект. М., 1988. С. 221.

377. Общая сексопатология: Руководство для врачей / Под ред. Г. С. Васильченко. М., 1977. С. 487.

377а. Позднякова С. П. Клинические и социальные характеристики лиц, обвиняемых в совершении половых преступлений. — Суд. мед. экспертиза. 1989. Т. 32, № 2. С. 37—39.

378. Свядощ А.М. Женская сексопатология. Изд. 3-е. М., 1988. С. 175.

379. Сердюков М. Г. Судебная гинекология и судебное акушерство. М., 1964. С. 302.

380. Частная сексопатология: Руководство для врачей / Под ред. Г.С Васильченко. Т. 1—2. М., 1983.

381. Шалаев Н. Г. Судебно-медицинская экспертиза подозреваемых в половых преступлениях. Автореф. дис. докт. Горький. 1966.

382. Яковлев Я. М. Судебная экспертиза при расследовании половых преступлений. Душанбе: Ирфон, 1966.

383. Яковлев Я.М. Половые преступления. Душанбе. 1969. 384 1.Берип Б. Савремена дијагностика интегриета химена и њен значај у форензичној гинекологији. — Среди арх. целокуп. лек., 1974,102, 7—8, с. 537—549.

385. Раданов С. Форми на химена и тяхното съдебно-медицинско значение. — Сьвр. Мед. (София), 1967, 18, 2, с. 167-175.

386. Albrecht K., Wille R. Ztereotaktische Operationen-Komplikationen und Rechtslage. — Z. Rechtsmed., Bd. 86, N 2, S.109-113.

387. Allgaier A. Hospitals respond to Rising Rape Rate. — Hospitals, vol. 53, N 15, p. 65—69.

388. AMA diagnostik and treatment guidelines concerning child abuse and neglect. — J. Amer. med. Ass., 1985, vol. 254, N 6, p. 796-800.

389. Andre A., Backen. A proros d'inceste. — Arch. beiges Mcd. soc., I960, vol. 3, p. 228-231.

390. Beatrice J. A psychological comparison of heterosexuals, transvestites, preopertive transsexuals, and postorerative transsexuals. — J. nerv. ment. Dis, 1985, v. 173, N 6, p. 358-365.

391. Beckcr W. Sittlichkcitsvcrbrcchen an Kindcm. — Med. Klin, 1964, Bd. 59, 40, S. 1597-1601.

392. Bocci U., Bignotti N, Luzi T. Brevi nctc sull'inccsto (Contributo clinco). — Riv. spcr. Frcniat., 1973, 97, 5, p 968-981.

393. Bourdiol L, Pettenati G. Rcflchions a propos de 40 expertises mcdico-lcgalcs en maticre d'attentats aus moeurs. — Ann. Med. leg., 1961, vol. 1, p. 46—55.

394. Cabanis D. Wcidlichcr Exhibismus. — Z. Rechtsmed., 1972,71,2,S.126-133.

395. Cohcn L. Schual abuse of children — A review

5. Afr. med. J., 1985, 67, N 18, p. 730-732.

396. Davies A. The sexual abuse of shildren: Cases submitted to a police laboratoru and the

scientific evidence. - Med. Sci. Law., 1986, 26, N 2, p. 103-106.

397. Dcbargc A., WUlot M., Lenoir L., Muller P. H. Examen mcdicolgal de 1'hymen. Etude analytiquees a 1'occasion d'agrcssions scxucllcs. — Mcd. leg. Dommarc corp, 1973, 6. 3, p. 298-300.

398. Fehlow P. Padophile Deliktc Jugcndlichcr. — Z. arztl. Fortbild., 1983, 77, N 6, S. 257-260.

399. Frohwirth Ch, Brcton J., Gorceix A. Les problemcs mcdicojuridiques poses par Ic transsexualisme en 1986. A propos de 148 cas dc dysphorie de genre. — Ann. Mcd intemc, 1987, 138, N 1, p. 8-12. 400 Furniss T. Scxuclle Kindesmi handlung: Diagnostik. — Munsh med. Wschr., 1986, 128, N 4,8.37-39.

401. Gilder S. S. The sexual abuse of shildren. — S. Afr. med. J., 1986, 70, Nil, p. 648.

402. Gorcey M., Santiago J. M., McCall-Pcrez F. Psychological consequences for women sexually abused in shildhood. - Soc. Psychiatry, 1986, 31, N 3, p. 129—133.

403. Herman-Giddcns M.E., Frothingham Th.E. Prcpubertal female gcnitalia: Examination for evidence of sexual abuse. - Pediatrics, 1987,80, N2, p. 203-208.

404. Hiss J., Roscnbcrg S. B., Adclson L. “Swinging in the park” An investigation of an uatoerotic death. - Amer. J. forcns. Med., 1985, 6, N3, p. 250-255.

405. Hoenig J. The Legal Position of the Transsexual: Mostly Unsatisfactory Outside Sweden. — Sanad. med. Ass. J., 1977, 116. N3, p. 319-323.

406. Hoffmeyer 0. Kindesmi nidlung und Kindesvernachlassigung mit Todesfolge. — Munch, med. Wschr., 1986,128, N 4, S. 44—48.

407. Huszar I., Iranyi C. Problemes relatifs aux delits d'ordere sexuel commis sous 1'influence de Palcool. - Ann. Med. leg., 1966,46, 4, p. 255-261.

408. Kinsey A. C., Pomeroy W. B., Martin C. Sexual behavior in the human male. — Philadelphia, 1948, — 804 p.

409. Kinsey A. S., Pomeroy W. B., Martin C. B., Gebhard P. N. Sexual behavior in the human female. — Philadelphia, 1953. - 842 p.

410. Krohn W., Wille R. Pra- und postorerative Syhwerigkeiten bei Transsexuellen inklusive aktueller Rechsfragen. — Z. Rechtsmed., 1981,86, N 2, S. 115—121

411. Law S. K. Child Modestation: a Comparison of Hong Kong and Western Findings. — Med. Sci. Law, 1979, 19, Nil, p. 55.66.

412. Lazarini H.-J., Dougnon J., Larche-Mochel M., Mothe J.-P., L'Epee P. Sonduite a tenir d'un medicin traktant devant une victime de viol. — Bordeaux Med., 1980, 13, N 22, p. 1241-1242.

413. McCall Smith A. The Complainant's Condition in Rape Cases. — Med. Sciiaw, 1979,19, N. 1, p. 25—28.

414. MsNeese M. C., Hebeler J. R. The Abused Child. A Clinical Approach to Identification and Management. — Clin. Symposia, 1977,29, N 5, p. 2-36.

415. Merland A., Fiorentini H. Etude de 374 expertises psychiatriques en matiere d'attentas aux moeurs:

Considerations statistiques et medico-legales. — Ann. Med, leg., 1961, v. 1, p. 63—71.

416. Meyerhoff H. Die Sexualanamnese bei Kindem und Jugendlishen. — Munch, med. Wschr., 1965, 107, 4, S. 170-173.

417. Micheroli R., Battegay R. Ambulante Behandlung von Sexualdelinquenten mit Cyproteronace tat (Androcur). — Cshweiz. Arch. Neuro., 1985, 136, N 5, S. 37-58.

418. Oliver J. E. Succesive generations of child maltreatment:

Social and medical disorders in the parents. — Brit. J. Psychiatry, 1985, 147, N 11, p.484-490.

419. Paul D. M. The Medical Examination in Sexual Offences Against Children. — Med. Sci. Law, 1977, 17, N 4, p. 251-258.

420. Paul D. M. “What really did happen to baby Jane?” — The medical aspects of the infestigation of alleged sexual abuse of children — Med. Sci. Law, 1986,26, N 2, p. 85—102.

421. Piski V. Der Strafvollzug in Osterreich unter berucflsichtigung mediziaischer Belange. — Mitt. Ost. Sanit. — Varmalt., 1974, 75, 9, S. 298-301.

422. Podolsky E. The jealous murderer. — J. forens. Med., 1965, 12,1,p.35-40.

423. Podolsky E. The lust murderer. — Med.-leg. J. (Camb.), 1965, 33, 4, p. 174-178.

424. Prentky R.A. Human sexual aggression: current perspectives. — New York, 1987.
425. Rajchel Z., Medras M., Gruszka S., Winowski J. Analiza cech antropometrucznycz osob transseksualnych. — Pol. tyg. lek., 1985,40, N 49, s. 1362-1364.
426. Rose D. S. “Warse than death”. Psychodunamics of rape victims and the need for psychotherapy.— Amer. J. Psychiatry, 1986, 143, N 7, p. 817-824.
427. Schier E. Zur Phanomenologie der Sehualdelinquenz Jugendliher und zur Phanomenologie jugendlicher Sexual-delinguenten. — Praventive Moglichkeiten dei Sexualdevianten Verhalsczc Aspekte der Phanomenologie Jugendliche Sexualdelinquenten. Pravention Sexualdcvianten Verhaltens. - Arztl. Jugdkde, 1978,69, N 4, S. 245-255.
428. Schneider D. J., Biydenburgh D., Craft G. Some factors for analusis in sehual assauld. — Soc. Sci. Med., 1931”- 15A, N 1,p.55-61.
429. StcUer R.J., Herdt G.H. Theopies of origins of male homosexuality. A cresscultural look. — Arch. gener. Psychiatry, 1985,42, N 4, p. 399—404.
430. Szuchta E. Problem identyfikacji z rola zwiazana z wlasna picia. — Zagadn. Urjchow. Zdrow. psychicz., 1980,16, N 3, s.47-54.
431. Wodling W. A., Evans J. R., Bradbury M. D. Sexual Assault-Rape and Molestation. — Clin. Obstet. Cynes., 1977, 20, N3, p. 509-530.

Краткий словарь терминов

[*Термины, объяснение значения которых имеется в тексте книги или примечаниях к нему, в словарь не включены. Термины приводятся применительно к контексту книги.]

Агрессивность — склонность к причинению иным лицам физического или морального ущерба.

Адаптация влагалища (аккомодация влагалища) — происходящее под влиянием сексуальной стимуляции приспособление размеров влагалища к размерам полового члена партнера. Адаптационные возможности влагалища довольно значительные, особенно у нерожавших женщин. Это позволяет избежать травматизации влагалища при сношении с партнером, обладающим половым членом крупных размеров и препятствует развитию комплекса сексуальной неприспособленности при сношении с партнером, имеющим небольшой, относительно размеров влагалища, половой член.

Амбивалентность — двойственность переживания, при которой один и тот же объект одновременно вызывает противоположные чувства.

Анальпо-генитальный контакт — сексуальный контакт полового члена с задним проходом. Отсюда анально-гснитальпый коитус — половой акт, совершаемый путем введения полового члена в задний проход партнера.

Анальный — имеющий отношение к заднему проходу.

Ананкастпый — навязчивый.

Андрогены — группа мужских половых гормонов, действующих по типу основного представителя группы — тестостерона. Обусловливают мужской тип полового и физического развития, мужской внешний вид. Основная масса андрогенов у мужчин вырабатывается яичками. Продуцируются также и в организме женщины, но в значительно меньшем количестве, чем у мужчин. В последнее время андрогенам приписывается одна из ведущих ролей в формировании агрессивности.

Асексуальность — отсутствие полового влечения.

Аутоэротизм — направленность полового влечения на самого себя.

Бисексуальность — половое влечение к лицам обоего пола. При этом не исключается преобладание гетеро- или гомосексуальной направленности полового влечения.

Вагинальный — влагалищный.

Воздержание половое — временное или тотальное, осознанное или вынужденное отсутствие сексуальной активности.

Генез — происхождение.

Гениталии — половые органы.

Генитальный — относящийся к половым органам.

Гетеросексуальность — направленность полового влечения на лиц противоположного пола.

Гомосексуальность — направленность полового влечения на лиц одноименного пола.

Гиперсексуальность подростковая — свойственная пубертатному периоду полового (физического) и психосексуального развития фиксация психики на сексуально-эротической тематике мыслей, впечатлений и фантазий, повышенная половая возбудимость. Характеризуется частыми спонтанными эрекциями, поллюциями, мастурбацией. Стимулирует начало половой жизни, которая в этот период, как правило, сопровождается частой сменой партнеров и сексуальными эксцессами.

Гипоганодизм — недоразвитие половых органов и вторичных половых признаков, обусловленное недостаточностью половых гормонов в организме.

Гипоспадия — порок развития мочеиспускательного канала. Выраженные формы гипонадизма у мужчин сопровождаются изменением строения полового члена, препятствующим совершению полового акта.

Гомофобия — иррациональная ненависть к гомосексуалистам.

Девиация (прилаг. — девиантный) — отклонение от нормы.

Девиации сексуальные (половые) — не относящиеся к болезненным состояниям отклонения от общепринятых в данном обществе норм полового поведения.

Депрессия — состояние психики, характеризующееся угнетенным или тоскливым настроением и снижением психической активности.

Депривация — лишение. Например, материнская депривация — лишение матери или материнского ухода.

Доминанта— главенствующая идея, основной признак или составная часть чего-либо.

Доминантность — властность, склонность к главенству.

Защитные механизмы психологические — система внутренней стабилизации личности, направленная на устранение или уменьшение чувства тревоги и опасности.

Идентификация (аутоидентификация) — психологический процесс самоотождествления, формирования идентичности.

Идентификационная модель (пример) — образец, послуживший для идентификации.

Идентичность — чувство собственного постоянства, тождественности себя самому себе или кому-то (например, одному из родителей) телесно (физическая идентичность) и (или) душевно (психическая идентичность).

Имиссия — введение полового члена во влагалище или в другое естественное отверстие тела (рот, задний проход).

Импотенция (интроитус интроекция) — неспособность мужчины совершить половой акт. Устаревший термин, подразумевающий всевозможные причины возникновения этого состояния.

Инициация сексуальная — первый в жизни сексуальный контакт с партнером. Как правило, под инициацией подразумевается первый в жизни половой акт.

Интровертированность (интроверт) — тип личности, характеризующийся обращенностью внимания внутрь себя, сосредоточенностью на своем внутреннем мире, сдержанностью, необщительностью, замкнутостью. Интроверты предпочитают привычное и не любят изменений.

Инфантилизм — патологическое состояние, характеризующееся задержкой физического и (или) психического развития с сохранением черт, присущих детскому или подростковому возрасту.

Инфантилизм психосексуальный (инфантосексуализм) — задержка психосексуального развития.

Истерия — истерический невроз, основу которого составляют особенности поведения, зависящие от повышенной эмоциональности и внушаемости. Одна из главных черт поведения больных — стремление быть предметом внимания окружающих.

Кастрация (оскопление) — удаление половых желез (у мужчин—яичек) или полное прекращение их функции, достигаемое тем или иным путем (хирургическим, введением

гормональных препаратов и т.д.).

Квазимодо комплекс — психические переживания, связанные с наличием явных или мнимых физических недостатков, уродства, утратой внешней привлекательности.

Коитус — синоним полового акта, наиболее часто употребляемый при обозначении его суррогатных или девиантных форм.

Контрацепция — использование противозачаточных средств (контрацептивов) и проведение противозачаточных мероприятий (например, планирование сношений по менструальному календарю, прерванный половой акт и т.д.).

Криминалистика — наука о приемах и средствах раскрытия преступлений.

Криминальный — преступный.

Криминогенный — способствующий совершению преступления, предрасполагающий к преступности.

Криминология — наука о причинах преступности и способах борьбы с ней.

Крипторхизм — нарушение нормального развития яичка, заключающееся в задержке его опускания в мошонку из брюшной полости, в которой оно находится у плода.

Либидо — половое влечение.

Личности развитие патологическое — аномалия личности, являющаяся результатом длительного воздействия неблагоприятных социальных факторов, неправильного воспитания в семье или затяжных психотравмирующих ситуаций.

Мадонны комплекс — преклонение перед конкретной женщиной, граничащее с ее обожествлением.

Манжета оргастическая (син. — оргазмическая платформа) — развивающееся при нарастании полового возбуждения, обычно в процессе коитуса, тоническое сокращение мышц наружной трети влагалища, приводящее к его сужению и способствующее тем адаптации влагалища к размерам полового члена. Максимальное сокращение влагалищных мышц у женщины связано с развитием оргазма.

Мануальный — производимый руками.

Маскулннность (“мужественность”) — комплекс физиологических, соматических, психологических и психических признаков, определяющих принадлежность к мужскому полу.

Мастурбация (прилаг. — мастурбаторный; син. — у обоих полов — ипсация, онанизм, рукоблудие) — сексуальное самовозбуждение, обычно достигаемое манипулированием с гениталиями. Широко распространенное явление, наиболее характерное для периода подростковой гиперсексуальности и вынужденного полового воздержания. Издавна бытующее ошибочное представление о патологичности мастурбации и тяжелых ее последствиях для физического, психического и сексуального здоровья является причиной возникновения онанофобии.

Мастурбация взаимная — партнерский сексуальный контакт с взаимным раздражением гениталий. Наиболее распространенный вариант гомосексуальных контактов. Один из компонентов гетеросексуального глубокого петтинга.

Мастурбация патологическая — болезненное состояние, при котором мастурбация носит навязчивый характер, является предметом сверхценного увлечения или предпочтительной формой достижения сексуального удовлетворения. Часто — симптом психопатологии.

Мастурбация психическая — сексуальное самоудовлетворение, достигаемое только путем эротического фантазирования без одновременной стимуляции гениталий и эрогенных зон. Нередко — симптом психопалогии.

Минет — оральный контакт с половым членом.

Неврозы — группа заболеваний с нерезко выраженными нарушениями психической деятельности, возникновение которых обусловливается преимущественно психогенными факторами.

Онанизм — то же, что и мастурбация.

Онанофобия — навязчивый страх перед последствиями мастурбации. Нередко причина возникновения сексуальных расстройств.

Орально-генитальный контакт — контакт рта и половых органов. Отсюда

орально-генитальный коитус — половой акт, совершаемый путем введения полового члена в рот партнера.

Оральный — имеющий отношение ко рту.

Оргазм — высшая степень сладострастного полового ощущения, возникающего в момент завершения полового акта или при других формах сексуального удовлетворения. Оргазм у мужчин тесно связан с процессом семяизвержения.

Органический — морфологический (соматический, структурный, физический).

Оргия сексуальная — разнузданное проведение сексуальных действий, как правило, групповых, сопровождающихся извращенными формами достижения сексуального удовлетворения и элементами садизма. При этом во главу угла ставится грубое, циничное физическое обладание сексуальным партнером, без необходимости наличия с ним эмоциональной связи, дозволенность любых сексуальных действий.

Оргистичный — имеющий отношение к оргии.

Парафилия — достижение полового удовлетворения с помощью необычных или культурно неприемлемых стимулов. Часто употребляется как синоним сексуальных девиаций.

Патологический — болезненный; болезненно ненормальный, с отклонениями от нормы.

Пентрация — внедрение, проникновение полового члена (или имитирующего его предмета) в полость тела (влагалище, прямую кишку и т.д.) — ср. имиссия.

Перверсии сексуальные — болезненные нарушения направленности полового влечения или его удовлетворения (ср. девиации сексуальные). Устаревшее значение термина — половые извращения, синоним сексуальных девиаций.

Пермиссивная половая мораль, пермиссивность — сексуальная терпимость.

Петтинг — преднамеренное вызывание оргазма в условиях партнерского сексуального контакта любыми путями, кроме непосредственного соприкосновения гениталий.

Половое сознание (половое самосознание) — осознание своей принадлежности к определенному полу, а также способность регулировать свое сексуальное поведение в соответствии с принятыми в данном обществе морально-этическими нормами полового поведения.

Половой акт прерванный — половой акт, при котором семяизвержение производится вне влагалища. Один из древнейших способов контрацепции, длительное применение которого нередко приводит к возникновению сексуальных расстройств у одного или обоих партнеров.

Половая роль/идентичность. Половая роль — модель социального поведения, специфический набор требований и ожиданий, предъявляемых обществом к лицам мужского или женского пола. Половая идентичность — единство самосознания и поведения индивида, относящего себя к тому или иному полу и ориентирующегося на требования соответствующей половой роли. Разделение половой роли и идентичности довольно условно.

Поллюция — непроизвольное семяизвержение, не связанное с половым актом или мастурбацией и, как правило, наступающее во время сна (ночная поллюция). Физиологический акт естественной саморегуляции сексуальности у мужчин.

Потенция — половая способность.

Промискуитет — беспорядочные половые сношения со многими партнерами.

Психопатии — патологические состояния, проявляющиеся дисгармоничным складом личности, от которого страдают или сами больные, или общество.

Психосексуальная ориентация — направленность полового влечения субъекта, определяющая выбор им сексуального партнера (объекта) и особенности собственной сексуальной роли.

Пубертат — период полового созревания.

Ректальный — имеющий отношение к прямой кишке.

Репрессивная половая мораль — система жесткой регламентации сексуального поведения с явной антисексуальной направленностью.

Сексуальная роль/идентичность — специфические аспекты половой

роли/идентичности, относящиеся к генитально-эротической сфере и поведению.

Сексуальность — комплексная характеристика сексуально-эротических компонентов личности субъекта и его поведения.

Семяизвержение — то же, что и эякуляция.

Соматический — телесный (физический).

Социализация половая — процесс формирования мужской или женской половой идентичности в соответствии с принятыми в данном обществе культурными и моральными нормами.

Сперматорея — истечение спермы из половых путей вне сексуально-эротической обстановки. Симптом заболеваний половой системы.

Страх — чувство внутренней напряженности, связанное с ожиданием угрожающих событий, действий и т.д.

Табу — объект запрета для осуществления с ним тех или иных действий.

Транзиторный — имеющий переходящий характер, свойственный только определенному периоду жизни и исчезающий в дальнейшем.

Фемининность ("женственность") — комплекс физиологических, соматических, психологических и психических признаков, определяющих принадлежность к женскому полу.

Фимоз — врожденное или приобретенное сужения отверстия крайней плоти полового члена, не позволяющее частично или полностью обнажить его головку. Фимоз может приводить к болезненным эрекциям, искривлению полового члена при них, болезненной имиссии или фрикциям, что в свою очередь может служить причиной развития сексуальных нарушений.

Фобии — страхи и опасения навязчивого характера.

Фрикции — возвратно-поступательные движения, производимые половым членом во время совершения полового акта.

Фрустрация — психическое состояние (подавленное настроение в сочетании с напряжением и тревогой), возникающее в связи с невозможностью реализации тех или иных потребностей или достижения определенной цели.

Фрустрация сексуальная — тягостное состояние, обусловленное неудовлетворенными сексуальными потребностями или неудовлетворенным половым возбуждением, либо невозможностью их удовлетворения привычным или эффективным способом.

Эдипов комплекс — стадия психоаналитической трактовки развития либидо у мальчиков, характеризующаяся направленностью полового влечения на мать и особой привязанностью к ней с одновременной ревнивой ненавистью к отцу. При этом ребенок идентифицирует себя с матерью и реагирует по женскому типу.

Экстравертированность (экстраверт—тип личности, характеризующийся обращенностью на внешний мир, высокой общительностью, открытостью, оптимистичностью.

Экстрагенитальный — находящийся вне области половых органов.

Эксцесс сексуальный — повторные половые акты в течение суток.

Электры комплекс — стадия психоаналитической концепции развития либидо у девочек, характеризующаяся направленностью полового влечения на отца и особой привязанностью к нему с одновременной ревнивой ненавистью к матери. При этом ребенок идентифицирует себя с отцом и реагирует по мужскому типу.

Эписпадия — врожденное расщепление передней стенки мочеиспускательного канала. Выраженные формы у мужчин сопровождаются структурными изменениями полового члена, препятствующими совершению полового акта.

Эрекция — напряжение полового члена. Наряду с эякуляцией — основное проявление мужской сексуальности.

Эрекции спонтанные — возникшие вне сексуально-эротической обстановки (утренние, ночные).

Эрогенные зоны — участки тела, раздражение которых вызывает половое возбуждение.

Эротика (прилаг. — эротический) — сексуальные чувства, фантазии и

переживания, а также все, что их стимулирует.

Этиология — учение о причинах и условиях возникновения патологии.

Эякуляция (семяизвержение) — рефлекторное выделение эякулята (спермы). Наряду с эрекцией — основное проявление мужской сексуальности.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие
Введение

I. СЕКСУАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ
I. Классификация сексуальных расстройств
II. Эпидемиология сексуальных расстройств
III. Причины возникновения сексуальных нарушений
А. Биологические
Б. Обусловленные возрастом
В. Психические
Г. Социокультурно обусловленные
Д. Психопатология как причина возникновения сексуальных нарушений
IV Описание сексуальных нарушений
А. Расстройства сексуальных потребностей
Нарушение либидо
Гиперлибидомия
Гиполибидомия
Б. Препятствия в реализации сексуальных потребностей
Сексуальные комплексы
Партнерские сексуальные проблемы
Сексуальные состояния страха (фобии)
Синдром околосонных сексуальных иллюзий
Синдром Кехрера
В. Преддисфункциональный синдром
Г. Нарушения течения сексуальной жизни у мужчин
Нарушения эрекции
Нарушения эякуляции
Д. Нарушения течения сексуальной жизни у женщин
Нарушение комплекса сексуальной готовности
Вагинизм
Половая холодность (фригидность)
Е. Нарушения течения сексуальной жизни у обоих полов
Комплекс сексуальной неприспособленности
Непорочное супружество (виргогамия)
Сексуальная аверсия
Диспареуния
Сексуальная анестезия
Ж. Нарушения оргазма
Синдром мнимой аноргазмии
Аноргазмия
Диссоциация оргазма
Оргазм без эрекции
З. Нетипичные сексуальные отклонения
(нетипичное сексуальное поведение)
Патологический аутоэротизм
Орализм
Анализм
Гомосексуализм

И. Нарушения половой аутоидентификации
Транссексуализм
Синдром неразличения сексуального объекта
К. Девиантные тенденции
Л. Сексуальные девиации
Садизм
Мазохизм
Апотемнофилия
Некрофилия
V. Прогноз при сексуальных расстройствах
VI. Методы лечения сексуальных нарушений

II. СЕКСУАЛЬНАЯ ПРЕСТУПНОСТЬ

I. Распространенность сексуальной преступности
II. Факторы, влияющие на сексуальную преступность
А. Пол
Б. Агрессия
В. Алкоголь
Г. Наркомания
Д. Патологическое развитие личности
Ш. Личность сексуальных преступников
IV. Девиации и сексуальная преступность
V. Некоторые виды сексуальных преступлений
А Изнасилование
Б. Педофилия
В. Эксгибиционизм
Г. Инцест (кровосмешение)
Д. Убийство

III. МЕТОДОЛОГИЯ РАБОТЫ ЭКСПЕРТА-СЕКСОЛОГА
I. Юридические аспекты
II. Анализ материалов дела
III. Специфика роли эксперта-сексолога
IV. Организационно-методические аспекты.
Характеристика и оценка поведения подэкспертного
V. Сексологический анамнез
VI. Соматическое исследование
Объективное исследование жертвы изнасилования
VII. Нерутинные методы судебно-сексологического исследования
А Психорисунок
Б. Тест визуальной стимуляции
В. Проективный перечень
Г. Тест дополнения
Д. Метод ассоциаций и воображений
Е. Метод тематических образов
Ж. Проекционный тест Роршаха
3. Шкала сексуальных возбудителей
И. Тест сексуального взаимодействия (по Ло Пикколо)
К. Шкала супружеской связи
Л. Другие методы сексологического исследования
VIII. Заключение эксперта-психолога в ходе судебно-сексологической экспертизы
IX. Судебно-сексологическое заключение
X. Эксперт в зале судебного заседания

IV. АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ИЗ ПРАКТИКИ
I. Изнасилование

II. Похотливые действия относительно лиц моложе 15 лет (педофильные действия)
Ш. Убийства
IV. Кровосмешение (инцест)
V. Гсронтофилия
VI. Синдром нсразличения сексуального объекта
VII. Бракоразводные дела

V. ПЕНИТЕНЦИАРНАЯ СИСТЕМА И СЕКСУАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ЗАКЛЮЧЕННЫХ
Приложение
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ
А. Приведенной автором
Б. Дополнительной
Краткий словарь терминов

Перед читателем первый опыт специальной публикации по вопросам судебной сексологии. В книге раскрываются биологические, психические и социально-культурные закономерности сексуального поведения человека и сексуальной преступности; вопросы влияния личностной и семейной патологии, алкоголизма, наркомании, психопатологии. Содержатся рекомендации практически по всему кругу вопросов, с которыми встречается врач-эксперт. Издание рассчитано на врачей-специалистов (судебных психиатров, судебных медиков, сексопатологов), юристов-практиков, криминологов, социологов, психологов.

OCR – Сергей Петров